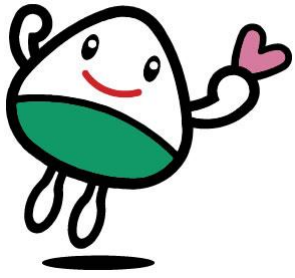
2015年6月　改訂版

院内感染防止対策マニュアル

社会福祉法人恩賜財団済生会支部
埼玉県済生会栗橋病院



“これだけは身につけよう院内感染防止のための基礎知識”

埼玉県済生会栗橋病院院内感染防止対策

【第３版】－目次－

I.　スタンダードプリコーション（標準予防策）とは 5

感染防止対策における医療従事者の身だしなみ 6
手洗い・手指消毒の手順 7
一般予防策 8
手洗い・消毒のポスター 10
患者ケア時の予防用具 12
手荒れ防止策 12

II.　感染経路別予防策 13

接触感染 13
飛沫感染 14
空気感染 14
N95 マスクの着用の仕方 15
陰圧室運用手順 17
感染症診察室運用規定 19
感染症代表的疾患と対策一覧（５０音順） 21
標準予防策と感染経路別予防策の実際 22
器械・器具の処理方法 25
環境の整備方法 26
消毒薬の作り方・消毒薬の開封後の期限について 27
個人防護具(PPE:PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT)の使用 30

III.　疾患別予防策 31

【結核患者発生時の対応】 32
【ＳＡＲＳ(重症急性呼吸器症候群)の可能性例に対する感染防止対策】 35
【疥癬発生時の対応】 40
【多剤耐性緑膿菌（ＭＤＲＰ）の院内感染防止対策】 46
【ノロウイルス感染予防のための消毒方法について】 47
【インフルエンザの対応マニュアル】 50
【クロストリジウム・ディフィシル腸炎（ＣＤトキシン)】 52
アウトブレイク対応マニュアル 56
〇アウトブレイクの定義 56
〇相談・支援体制 56
〇医療施設内でアウトブレイクを起こしやすい感染症 56
〇個室隔離について 56
〇アウトブレイク発生時の流れ 57
急性灰白髄炎（ポリオ）の感染予防 58
結核患者の感染予防 59
ジフテリア菌の感染予防 61
コレラの感染予防 63
赤痢の感染予防 64
腸管出血性大腸菌感染症（O-157 等）患者の感染予防 65
腸チフス・パラチフス患者の感染予防 67
HB、HCV 陽性患者の感染予防 69
MRSA 陽性患者の感染予防 71
緑膿菌（多剤耐性緑膿菌）陽性患者の感染予防 74
セラチアの感染予防 77
疥癬の感染予防 79

IV.　針刺し・切創事故・血液・体液汚染事故の対応 85

医療感染事故（針刺し事故）対処法 88
医療感染事故（針刺し事故）―患者対応― 90
ＨＢＶ感染事故対処法 92
ＨＣＶ感染事故対処法 93
ＨＩＶ感染事故対処法 94
梅毒感染事故対処法 103

V. 職員の健康管理 104

１． 健診（入職時、年１回定期健診、接触者健診） 104
２． ＨＢＶ、ＨＣＶ 104
３． 実習生等の受け入れについて 104
４． ＨＢワクチン接種について（陰性者） 104
５． 就業制限が必要な感染症一覧 105
６． 感染性ウイルス疾患の伝播防止 107

VI. 医療廃棄物管理規定 110

VII. 部署別対応アニュアル 117

リハビリテーション科感染防止対策マニュアル 117
透析室感染防止対策（標準的消毒洗浄方法）マニュアル 118
栄養科院内感染防止対策マニュアル 120
ＭＥ機器感染予防対策マニュアル 126
放射線科の感染予防対策マニュアル 128
医事課の感染予防対策マニュアル 130
臨床検査科の感染予防対策マニュアル 132
看護部の感染予防対策マニュアル 139
１． 人工呼吸器装着患者の感染防止 139
２． 手術部位感染（Surgical Site Infection:SSI） 140
３． 尿路感染予防 146
４． アルコール綿の取り扱いについて 147
５． 酸素流量計の取り扱い 148
６． ネブライザーの取り扱い 148
７． 血管留置カテーテルの感染予防 149
８． 小児外来マニュアル 152
９． 病棟内の洗い場基準 153
１０.記録ワゴンの使用方法 153
１１.外来器材消毒 153
１２.器材の洗浄・消毒方法 155
１３.済生会栗橋病院手術室基本消毒法 156

VIII. 抗菌薬適正使用の手引き 158

I. 抗菌化学療法の原則 158
II. 病態別抗菌薬選択の目安 160
III. 当院採用抗微生物薬一覧（感覚器官用剤は除く） 161
IV. アンチバイオグラム 164
V. 抗菌薬使用届出制度 165
VI. 抗菌薬院内採用の手順 167

IX. 感染症法・届出の手順・ＩＣＴレポート 168

感染症法 168
【１、２、３、４、５類感染症　発生届の流れ】 170
ＩＣＴレポート一覧 172

X. 規定・指針・委員 173

埼玉県済生会栗橋病院　院内感染防止対策委員会規定 173
院内感染防止対策のための指針 174
委員履歴 176

XI. マニュアル更新履歴ほか. 186

Ⅰ. スタンダードプリコーション（標準予防策）とは

血液、汗を除くすべての体液、分泌液および排泄物や損傷皮膚、粘膜などの対応に適用される予防策である。

感染性がはっきりしているものはもちろん、感染性が特定されていないものからの感染の危険を軽減することを目標に実施する予防策である。

注意!!

患者が感染症であるかどうかにかかわらず、すべての患者で同じ予防策を実施する。

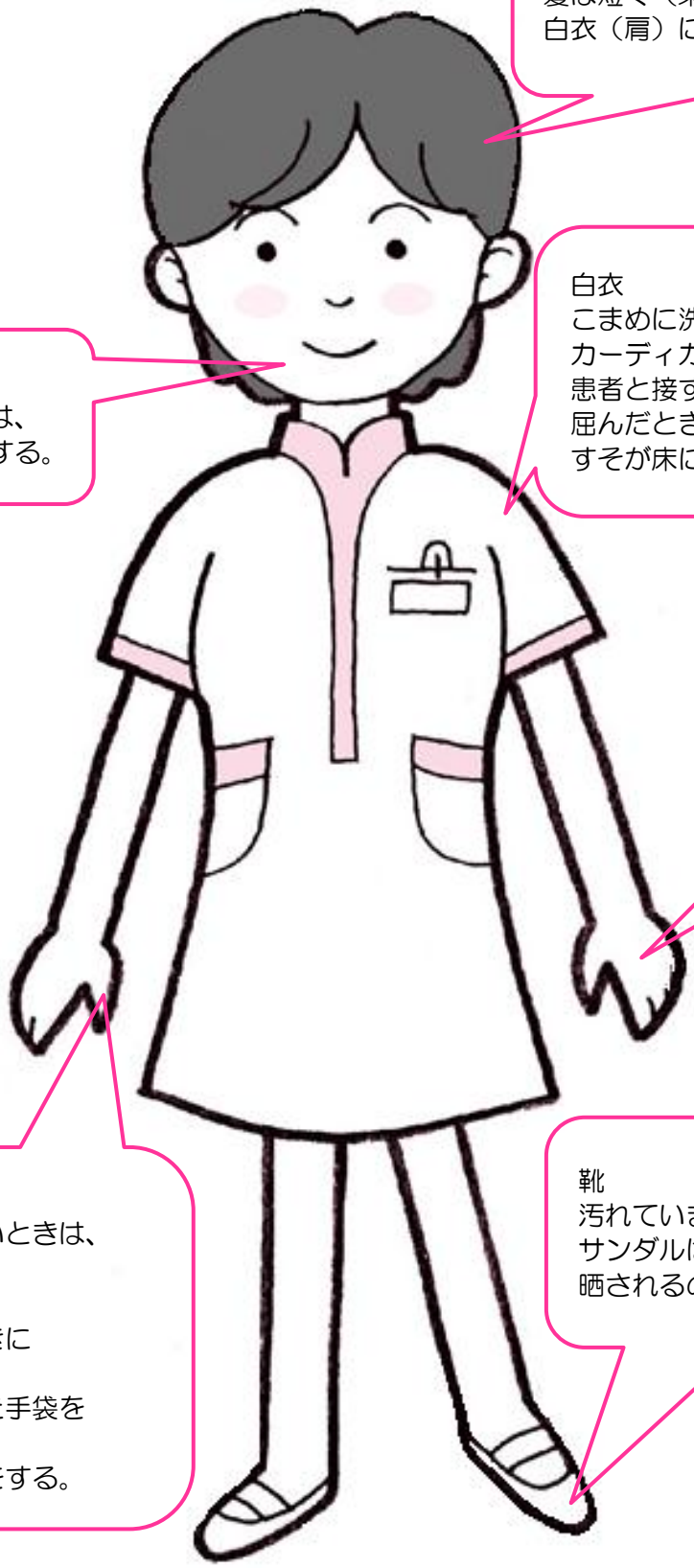
【感染源になりうるもの】

① すべての血液
② 汗を除くすべての体液、分泌液（唾液、消化液、痰、鼻汁、涙、膣分泌液、精液など）排泄物（便、尿）
③ 損傷皮膚（手あれや皮膚病変を含む）
④ 粘膜（口、鼻、眼、膣、消化管、直腸・肛門）

【感染源になりにくいもの】

① 傷や発疹・手あれのない健常な皮膚。ただし、感染経路にはなる。
② 正常な皮膚からの汗
③ 被覆・閉鎖され、表面が湿っていない創傷
④ 肉眼的汚染のない床、壁、天井などの居住空間

感染防止対策における医療従事者の身だしなみ



髪
髪は短く（束ねる）して、
白衣（肩）につかないようにする。

白衣
こまめに洗濯。
カーディガンは、
患者と接するときは着用しない。
屈んだときに、
すそが床についていませんか？

マスク
咳が出るときは、
マスクを着用する。

手・手指・腕
爪は短く。
指輪や
腕時計はしない。
ー処置ー手指衛生

手袋
手荒れのひどいときは、
手袋を着用。
採血のとき
検体を運ぶときに
手袋を着用。
処置で使用した手袋を
はずした後は、
必ず手指衛生をする。

靴
汚れていませんか？
サンダルは、直接、針や汚染物に
晒されるので、危険です

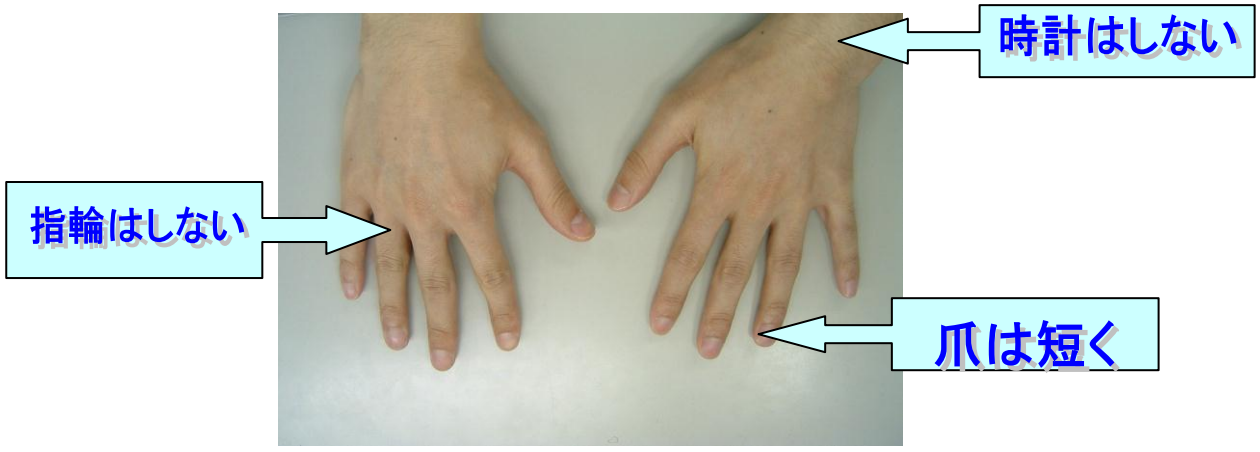
手洗い・手指消毒の手順

レベル	手洗い	手指消毒	
目　的	汚れや通過菌の除去	通過菌の除去・殺菌	
種　類	日常的手洗い	衛生学的手洗い	擦式手指消毒
どのようなとき	目に見えて汚れがある		目に見えて汚れがない
方　法	流水で洗う（スクラブ法）		擦り込む（ラビング法）
洗浄剤	石けん	手指消毒薬	擦式手指消毒薬
量・時間	30 秒以上	液３～５ ml で３０秒以上	液３～５ ml で１５秒以上乾くまで。

行　為	日常的手洗い 目に見えて汚れのあるとき	衛生学的手洗い	擦式手指消毒 目に見えて汚れのないとき
出勤時、退出時	○		○
病室への入室時、退室時	○		○
患者への接触の前後		○	○
バイタルサイン測定前後		○	○
食事介助の前後		○	○
汚物を処理した後		○	○
床にあるものをさわった後		○	○
手袋をはずした後		○	○
輸液セットを組む前、注射液を調製する前		○	○
血管カテーテル、尿路カテーテルなど侵襲的器具の取り扱い前		○	○
創傷ケアなどの無菌的な処置の前		○	○
同一患者の汚染部位から清潔部位に移る前		○	○
針刺し事故の後	○	○	

石けん：ミューズR（薬用せっけん）など
手指消毒薬：７～５%ポビドンヨード、グルコン酸クロルヘキシジンなど
速乾性手指消毒薬：（ともに 0.2%塩化ベンザルコニウム含有の消毒用エタノール）など

○手荒れのない健康な手



衛生学的手洗いでは時計をはずして手首まで洗う

一般予防策

注意!!

われわれ医療従事者が院内感染を媒介していることを忘れてはいけない。

衛生学的手洗い・手指の消毒

手洗い・手指の消毒は院内感染予防の基本である。
液体ミューズ（薬用石けん）で３０秒以上、または、（速乾性擦式手指消毒薬）で乾くまで行う。手荒れに注意すること。
ナースステーションへ入るとき

- 病室への入室時、退室時
- 患者への接触の前後
- 汚物を処理した後
- 輸液セットを組む前、注射液を調整する前
- 床のものを拾った後（床にものを落としたときは一連の作業が終わってから拾うこと）
- 靴など床にあるものにさわった後
- ナースステーションを出て他の部署へ行く場合

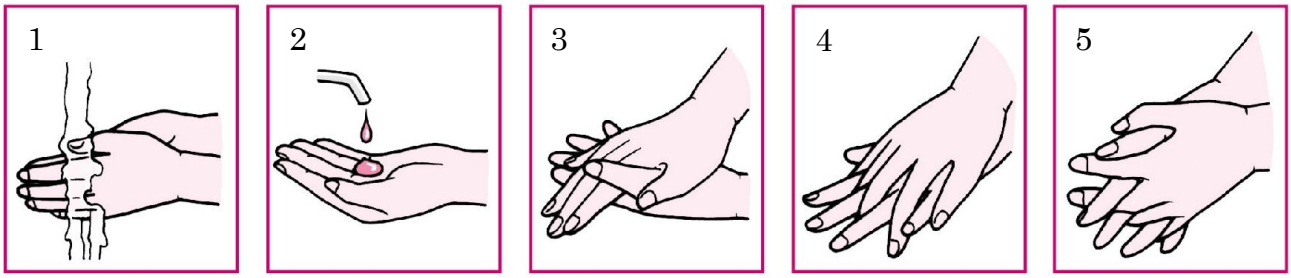
＜手洗いの手順＞

1. まず流水で洗浄し、液体石けんもしくは消毒液を手にとる
2. 手のひらをよくこする
3. 手の甲をよくこする
4. 指先、爪の内側を洗う
5. 指の間を洗う
6. 親指と手のひらをねじり洗い
7. 手首を洗う
8. 手のしずくを絞り取る（手を振って周囲にしずくをとばさないよう注意）
9. ペーパータオルを使用し（２～３枚）、手を完全に乾燥する
10. 使用したペーパータオルで蛇口を閉める（蛇口に手が触れないよう注意）

《その他の注意事項》

- ＊ 指輪、腕時計は使用しない
- ＊ 白衣は袖の短いものを着用する
- ＊ 爪は短くする
- ＊ 手荒れ防止策をとる（手のスキンケアに心がける：プライムローション）
- ＊ 手洗い場は手洗い専用にする
- ＊ 手洗い場の周囲のしずくはこまめに拭き、常に乾燥させておく
- ＊ 手指衛生は「１処置１手指衛生」が原則！
- ＊ 0.2%塩化ベンザルコニウム加アルコール、速乾性擦式手指消毒薬は30秒以上手指に擦り込む

衛生学的手洗



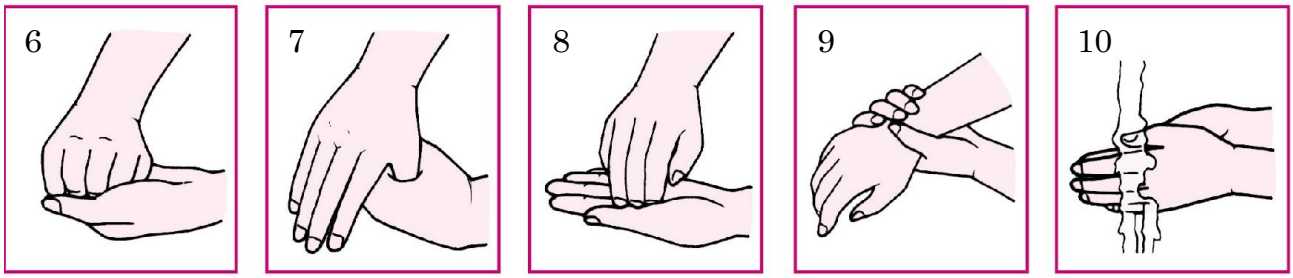
1 流水で洗浄する部分をぬらす

2 薬用石けんまたは消毒薬などを手掌にとる

3 手掌を洗う

4 手掌で手の甲を包むように洗う反対も同様に

5 指の間もよく洗う



6 指までよく洗う

7 親指の周囲もよく洗う

8 指先、爪もよく洗う

9 両手首までていねいに洗う

10 流水で洗い流し、ペーパータオル等で拭く

病棟の清掃、医療器具の消毒

１日１回、廊下を住居用洗剤で拭く。汚れた場合はその都度。
１日１回、ドアのノブを消毒する（消毒用エタノール）
月１回、掃除機にて換気扇のファン、室内空調機のフィルターの埃をとる。汚れがひどいときは施設課に連絡して業者に依頼する。
退院時の病室の床の清掃を徹底する。
感染症患者退院後、ホルマリンガス装置にてベッド、マットレスの消毒を行う。
粘着マットの廃止。
吸入用嘴管、薬杯は水洗いした後、次亜塩素酸ナトリウム液に30 分以上浸漬する。
リネン交換時（週１回）のリネンは直接ランドリーボックスに入れる。

消毒用アルコール（ディスポーザブルのパック製品の使用が望ましい）

＜酒精綿の取り扱い＞

使用前は、必ず手洗いをする。
酒精綿は、必ずフタをして蒸発を防ぐ（適切なアルコール濃度を維持するため）。
開封、日時を記載し、使用期限内に使い切る。

＜ディスポーザブルのパック製品＞

開封した日付を記載し、１～３日以内で使用する。
酒精綿は、使用ごとに必ずフタを締める（チャック式など）。
CV カテーテル挿入者・易感染者には、単包アルコール綿が望ましい。

＜万能つぼ・保存容器の酒精綿＞

１日以内で使用する。
継ぎ足して使用しない。
容器の中へ薬液を絞らない。

手洗い・消毒のポスター

感染防止は
手洗いに始まり
手洗いに終わる

われわれ医療従事者が院内感染を媒介していることを忘れてはいけない。手洗い、手指の消毒は院内感染防止の基本である。

ポスター　例

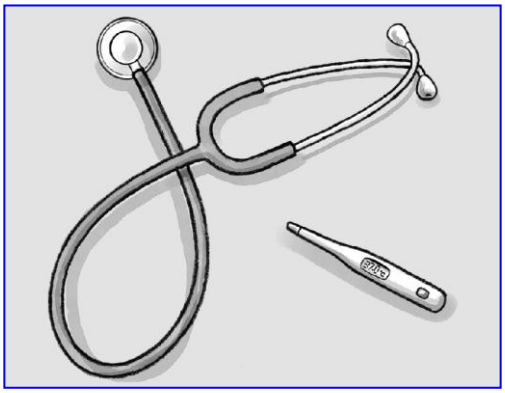
整理整頓！

接触感染の防止は
手洗いから！

不要物品は
置かない！

一処置
↓
一手指衛生

酒精綿の携帯を心掛けまし



一患者ごとの消毒を！

「ついうっかり」床に置く物

容器は洗ってから、
中までしっかり漬け込みましょう

消毒液への容器の漬け方

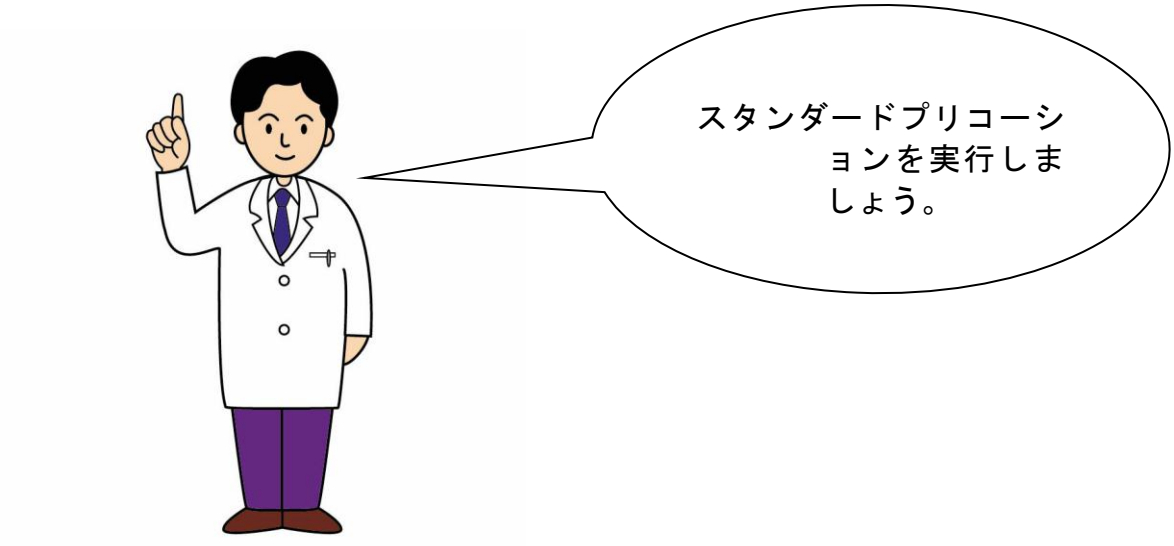
患者ケア時の予防用具

	手洗い	手袋	エプロン	マスク	ゴーグル
創傷ケア	○	○	(○)		
カテーテル留置部ケア	○	○	(○)		
吸引ケア	○	○	○	○	(○)
口腔ケア	○	○	(○)	○	
排泄ケア（オムツ交換など）	○	○	○		
清潔ケア（清拭・足浴・手浴・洗髪など）	○				
環境整備・リネン交換	○	○	○	○	
器材一次消毒後の洗浄・消毒薬の取り扱い	○	○	○	○	○
医療廃棄物の取り扱い	○	○	○	○	

＊（○）：飛散するおそれのある場合など必要時に使用する。

手荒れ防止策

① 保湿剤（プライムローションなど）を使用する。
② 手指衛生の方法を選ぶ（流水による手洗いのほうがより手荒れを起こしやすい）
③ 手洗い洗剤・消毒薬を選ぶ（エモリエント剤・配合成分など）。
④ 手袋を選ぶ（ラテックスフリー®など）。
⑤ 流水での手洗いでは、十分に消毒薬を洗い流し、ペーパータオルで優しく叩き拭きする。
⑥ 流水の温度調節をする（温度が高いと手荒れを起こしやすい）。
⑦ 手荒れがひどい場合は、皮膚科を受診する。



II.　感染経路別予防策

――――感染経路とその代表的疾患――――

感染経路別予防策

感染対策を効果的に行っていくためには、スタンダードプリコーション（標準予防策）を尊守するとともに、微生物の感染経路対策を講じることが重要である。
感染経路は、接触感染、飛沫感染、空気感染に大別される(表1)。
感染対策は標準的予防策と個々の感染経路に対する予防策を併用する。

表1：感染経路とその代表的疾患

感染経路	代表的疾患
接触感染	多剤耐性菌感染症（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA)、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE)、多剤耐性緑膿菌（MDRP）など)、クロストリジウム・ディフィシャル、O-１５７、赤痢菌、黄色ブドウ球菌、ジフテリア（皮膚型)、Ａ群連鎖球菌、Ａ型肝炎ウイルス、ロタウイルス、RS ウイルス、パラインフルエンザウイルス、単純ヘルペスウイルス、アデノウイルス、エンテロウイルス、疥癬など
飛沫感染	侵襲性Ｂ型インフルエンザ菌感染(髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症)、侵襲性髄膜炎菌感染(髄膜炎、肺炎、敗血症)、ジフテリア、マイコプラズマ、百日咳、肺ペスト、溶連菌性咽頭炎、インフノレエンザ、猩紅熱、アデノウイルス、ムンプス、パノレボウイノレス、風疹など
空気感染	麻疹、水痘、結核 レジオネラ（ヒトーヒトの感染はなし）

注意!!

医師や看護師は、感染源となり得る患者さんの情報を、次に移動される関連部署へ連絡することを忘れないでください。
例えば、結核や疥癬、水痘やアデノウイルス感染症など、感染力の強い疾患が判明している、または疑われる患者さんについては、その移動先(採血室やレントゲン検査室など)への連絡を忘れないでください。
書類への明示や直接伝言するといった配慮をしてください。もちろん、患者さんご自身への説明も忘れずに。

接触感染

患者との直接接触や汚染された医療器具との間接接触による感染。「手指接触」を介しての感染が大きな比重を占める。

接触感染の予防対策

スタンダードプレコーションと接触感染予防策を併用。個別に対応する必要がある場合があるため、判断に迷うときには、感染対策委員会に相談する。
MRSA感染症は原則的に病原体拡散時に接触感染予防対策を行う。

接触感染の具体的予防策

患者配置

患者は原則として個室に収容する。MRSA感染の場合、創からの浸出液や下痢、失禁、気管切開部からの多量の喀疾など、周囲の環境を汚染する場合は個室に収容する。
（MRSA対策マニュアルの項P22を参照）
個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管

理する。

器具、機械の管理

血圧計、聴診器などの器具、機械は患者専用とする。やむを得ず共有する場合は、適切な洗浄、消毒を行う。

3)手洗い、手袋

患者ケアを行うときには手袋を着用し、多量の感染性物質(便、創部の膿など)と接触したときには適宜かえる。

病室から離れる前に、手袋を室内で外し、消毒液で手を洗う。手洗い後は、手が環境表面や物品に触れないようにする。

ガウン

衣類が患者、環境表面、病室の物品との接触が予想されるときには、ガウンを着用する。創からの浸出液や下痢、失禁などにより周囲の環境が汚染されている場合は入室時に着用する。

患者移送

患者の移動、移送は必要な場合にのみ制限する。

その他

患者の処置、診察は他の患者の処置等を行った最後に行うことが望ましい。

疥癬、MRSA、多剤耐性緑膿菌（MDRP）患者発生時の具体的な看護方法に関しては、個々のマニュアルを参照のこと。

飛沫感染

直径5μより大きな飛沫粒子により引き起こされる感染症で、咳嗽、くしゃみ、会話、気管内吸飲など患者とおよそ1mの距離で接する場合伝搬される危険性がある。

飛沫感染の具体的予防策

1)　患者配置

患者は原則として個室に収容する。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する。

マスク、ガウン

患者の1m以内に近接する場合や、医療行為を行う際には、サージカルマスクを着用する。

患者の移送

患者の移動、移送は最小限とし、病室外にでるときにはサージカルマスクを着用する。

その他

職員はインフルエンザの流行前に全員ワクチン接種を行う事を原則とする。

空気感染

空気媒介性飛沫核、感染病原体を含む粉塵粒子(5μ以下)が空気の流れによって広くまき散らされて、それを吸入することにより生じる感染。空気感染の感染病原体である飛沫核は、気化して長時間空気中を浮遊する。

空気感染の具体的予防策

1)　患者配置

個室に収容し、ドアは閉める。個室管理ができない場合は、同じ微生物による感染患者を1つの病室に集めて管理する。

空気感染予防のためには本来、陰圧換気の可能な病室での管理が必要であるが、当院では、このような換気システムの個室がないため一般個室に収容する。その代わり、1時間に6～12回の室内換気を行う。

マスク

結核患者の病室に入るときにはN95マスクを着用する。麻疹や水痘患者のケアにはこれらの疾患に対する免疫を持った職員があたる。やむを得ず接触する場合には、N95マスクを着用する。

患者移送

患者の病室からの移送、移動は必要不可欠な目的にのみ制限する。やむを得ず移送、移動を行うときには、サージカルマスクを着用する。

その他

当院は結核指定病院ではないため結核菌排菌患者が発症したときには速やかに専門施設への転院を行う。詳細は結核発生時の対応を参照のこと。

N95 マスクの着用の仕方

1) N95 マスクとは…

0.1～0.3μm の微粒子を 95%以上除去することのできる性能のマスクです。
空気感染患者に接する際や空気感染が疑われる際には、N95 マスクを着用する必要性があります。
N95 マスクは患者には着用しません。

マスクの装着方法

サージカル（外科用）マスク

ノーズクリップを上にして、マスクを顔に当てる

ゴムを左右の耳にかけ、マスクを固定

マスクのヒダを上下に引張り、鼻と顎を覆う

ノーズクリップを鼻に合わせて曲げ、顔に密着

Ｎ９５マスク

上下に大きく開きます

鼻と頬にフィットするように、ノーズワイヤーを形成します

２本のヘッドバンドを分離させる為に、一度下に向けます

上のバンドに両人差し指を、下のバンドに両親指を入れて引っ張りながらホールドします

そのまま保持して、マスク下部を顎部にしっかりかけてから、ヘッドバンドを頭部にまわします

ヘッドバンドを頭上で引っ張りながら、顔面全体にマスクをフィットさせます

①そのまま下のバンドが耳下になるように下げて②下のバンドだけを離し、上のバンドを頭の頂上の上方までもどします

上のバンドを離します

鼻の部分をさらにフィットさせるように、ノーズワイヤーを形成します

他のエッジも、確認するように押さえながら全体を顔面になじませます
毛髪等を巻き込んでいないかも確認します

フィットテスト

N95 マスクを初めて着用する場合は、事前にフィットテストを行う必要があります。
フィットテストとは、N95 マスクの使用者が色々なタイプやサイズの N95 マスクのなかから、自分に合ったマスクを選び出す手段です。テストを行ってしっかりとフィットするマスクを選定する事が重要です。当院では下図のフィットテストキットを使用しています。

フィット（シール）チェック

自分にあった N95 マスクが、きちんとフィットしているかをチェックする方法です。
毎回の病室入室前に確認する手段です。

＜陽圧チェック＞

① マスクの表面を手またはサランラップでおおう
② ゆっくり息を吐く
③ 周囲から呼気が漏れなければ OK

＜陰圧チェック＞

① やさしく息を吸って、マスク内を陰圧にする
② マスクが顔に吸い付けられれば OK

（フィルター機能の付いている N95 マスクは吸い付けられる感じがしないこともあります）

陰圧室運用手順

陰圧室の配置

院内の陰圧室は4室（360・361・460・461号室）とする。

陰圧機能の作動条件

「空気感染症患者」（結核・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・新興感染症等）および「空気感染が疑われる患者」が入室した場合、陰圧機能を作動させる。

陰圧機能作動時の注意

- 正常に陰圧機能を維持する為、以下の3点に留意する。
  - ① シャワー室は使用不可
  - ② 入浴不可（清拭のみ可）
  - ③ 換気扇を作動させない（空調が陰圧機能だけになるようにする）
  - ④ 部屋に入ってすぐ手前にあるカーテンは束ねて、開けっ放しする

＊トイレ、シャワー室ともにヘパフィルターは設置されていない。(H26.1.14ICT 委員会)

カーテンによる室内空間の遮断は、陰圧の妨げとなる。
尚、取扱説明書を、院内共有メニュー各委員会発行文書に配置。

- 定期的に部品の交換を行う。
  - ① フィルター1
  - ② フィルター2
  - ③ HEPA フィルター
  - ④ UV ランプ

※それぞれ交換時期が異なるので、定期的に陰圧室の掲示物を確認すること。

空気感染症患者入院時の注意

- 必要時はN95マスクを着用する。
- 水痘、麻疹では、出来る限り免疫を有するスタッフがケアを行う。

陰圧機能作動方法

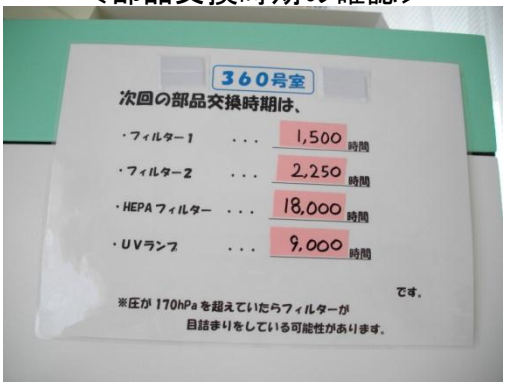
① 電源コンセントを入れる。

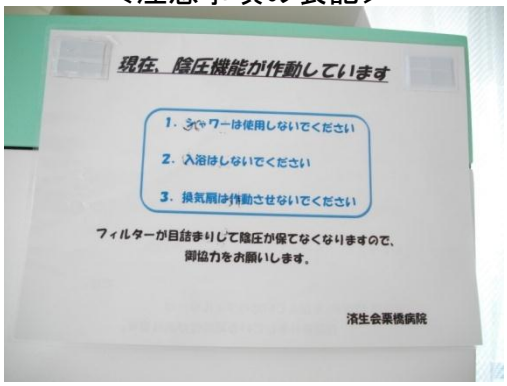
※アラーム、強・弱は設定済みであり、装置前面の扉は開けなくてよい。

② 圧機能が作動し、作動計にトータル運転時間が表示される。

③ 下の写真に示すパウチパネルの時間と圧の数値と計測器の時間と圧の数値を比較し、部品の交換時期が過ぎていないことを確認してから、裏面（注意事項）を表記する。

＜部品交換時期の確認＞ → ＜注意事項の表記＞





【患者が退室した後の個室消毒】

1) 陰圧機能を停止させる（コンセントをぬく）
2) 廊下側のドアを閉め、ベランダ側の窓を開放
3) 病室内を１時間換気する
4) １時間換気中、職員は退室
5) 換気後室内の清掃を行う、この間も換気を続ける
6) 拭き取りが必要な場合は、エタノールで実施

平成 24 年 4 月 25 日　　追加

差圧計による測定

感染症診察室運用規定

平成 24 年 8 月 6 日　追加

＜目的＞

・ 感染症および感染症が疑われる患者の診察・処置を行うことで、院内での交差感染を予防する。

＜感染症診察室・処置室の概要＞

・ 独立換気（待合室・診察室・処置室・前室 2 回/時間、トイレ 10 回/時間換気）

・ 自己完結型の吸引機能（圧縮空気を利用した吸引機能）

・ 陰圧機能は備えていないが、診察室・処置室は周囲に比べて低圧になっている

＜対象患者＞

当面は下記の患者を対象とする。

① 世界的もしくは地域的に流行している感染症患者の診察・処置（2009 年新型インフルエンザなど）

② 結核または結核が強く疑われる患者の診察・処置

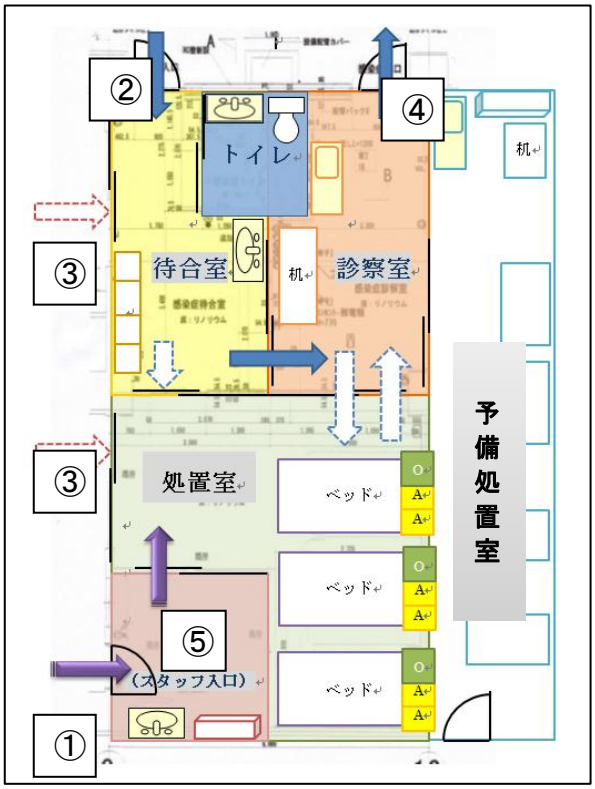
③ 結核または結核が強く疑われる患者で、点滴や検査結果待ち等で長時間院内に待機する場合

④ その他「感染症法の対象疾患」などで、感染力が強い感染症の患者

＜運用方法＞

1. 患者受け入れ
   ①対象患者が発生したら、警備室に鍵を取りに行き、前室入り口(①)を解錠、診察や処置に必要な物品は、発生部署で準備し、介助を行う
   ②医療従事者は必要な防護具を着用して、待合室および診察室に患者を誘導
   ③患者は可能なかぎり感染症入口(②)から入るよう誘導するが、必要時スタッフ専用ドア(③)を解錠して誘導する

極力③のドアは解錠しない



2. 診察
   ①診察室で行う
   ②処置が必要な場合は処置室で行う
   ③患者が多数の場合は予備処置室を利用する

3. 会計・処方
   ①会計・処方は家族等に行ってもらう
   ②家族が不在の時は、その都度検討する

4. 診察終了後
   ①感染症出口(④)から患者を退室させる
   ②使用した物品を片付ける（ベッドメイキングも行う）
   ③空気感染患者の診察後は、空調を 6 時間以上 ON のままにしておく（すべての電気スイッチをつけっぱなしにしておく）
   ④「室内換気中」の掲示に時間を記入して① ③ ⑤に掲示しておく
   ⑤運用台帳に必要事項を記載する

   ※夜間休日に空調を ON にしておく場合は責任看護師・警備室に連絡する

室内換気中

空気感染対策後の換気を行っています
月　日　　：　　までは入室を控えるか
N95 マスクを着用して入室して下さい

5. その他
   ①診察室を利用していない場合は他の診察や IC に利用して良いが、感染症患者の診察を最優先する利用時は 1「患者受け入れ①」時と同様の手順で行う（利用後は必ず施錠する）
   ②予備処置室も他の目的で利用して良いが、感染症患者の処置を最優先する

感染症代表的疾患と対策一覧（５０音順）

疾患名・ウイルス名	感染対策
A型肝炎ウイルス	SP ＋ 接触感染①
A群連鎖球菌	SP ＋ 接触感染①
CDトキシン（クロストリジウム・ディフィシル腸炎）	SP ＋ 接触感染②
MDRP（多剤耐性緑膿菌）	SP ＋ 接触感染①
MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）	SP ＋ 接触感染①
O－157	SP ＋ 接触感染①
RSウイルス	SP ＋ 接触感染①
VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）	SP ＋ 接触感染①
アデノウイルス	SP ＋ 飛沫感染
インフルエンザ	SP ＋ 飛沫感染
エンテロウイルス	SP ＋ 接触感染①
黄色ブドウ球菌	SP ＋ 接触感染①
疥癬	SP ＋ 接触感染①
クロストリジウム・ディフィシル腸炎（CDトキシン）	SP ＋ 接触感染②
結核	SP ＋ 空気感染
サルモネラ腸炎	SP ＋ 接触感染①
ジフテリア	SP ＋ 飛沫感染
ジフテリア（皮膚型）	SP ＋ 接触感染①
猩紅熱	SP ＋ 飛沫感染
侵襲性B型インフルエンザ菌感染（髄膜炎・肺炎・咽頭炎・敗血症）	SP ＋ 飛沫感染
侵襲性髄膜炎菌感染（髄膜炎・肺炎・敗血症）	SP ＋ 飛沫感染
水痘	SP ＋ 空気感染
赤痢菌	SP ＋ 接触感染①
単純ヘルペスウイルス	SP ＋ 接触感染①
ノロウイルス	SP ＋ 接触感染②
肺ペスト	SP ＋ 飛沫感染
パノレボウイルス	SP ＋ 飛沫感染
パラインフルエンザウイルス	SP ＋ 接触感染①
バンコマイシン耐性腸球菌 ⇒ VRE	SP ＋ 接触感染①
百日咳	SP ＋ 飛沫感染
風疹	SP ＋ 飛沫感染
マイコプラズマ肺炎	SP ＋ 飛沫感染
麻疹	SP ＋ 空気感染
ムンプス	SP ＋ 飛沫感染
流行性耳下腺炎 ⇒ ムンプス	SP ＋ 飛沫感染
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 ⇒ MRSA	SP ＋ 接触感染①
溶連菌性咽頭炎	SP ＋ 飛沫感染
レジオネラ（ヒトーヒトの感染はなし）	SP ＋ 空気感染
ロタウイルス	SP ＋ 接触感染①
多剤耐性緑膿菌 ⇒ MDRP	SP ＋ 接触感染①

標準予防策と感染経路別予防策の実際

標準予防策（全患者共通）		
保護用品	手洗い	血液、体液、排泄物に触れた後に行う 患者に触れる前後に行う 通常、石鹸を使用して行う
	手指消毒	ナースステーションに戻れず、次の処置に移る時に行う 速乾性擦り込み式手指消毒剤(アルコール含有)で手指が乾燥するまで手に擦り込む 手洗いや薬液により手荒れがある場合は、ハンドクリーム等でケアをする
	手袋	血液、体液、排泄物で汚染される危険がある時に着用する 清拭、陰部洗浄、オムツ交換、吸引、排液処理などの実施時に着用する 手袋を外す時は手袋の内側を外に出すようにして外す 使用後の手袋は感染性廃棄物に捨てる 手袋をはめた手で他(ドアノブ、電話、コンピューター等)に触れない 手袋を外した後は必ず手指衛生を行う
	マスク・ゴーグル	体液、湿性生体物質が飛び散って、眼や鼻、口を汚染する可能性がある時に着用する 捨てる時以外は顔から外さない マスクは紐の部分のみを持ち、廃棄物用段ボールに捨てる ゴーグルは汚染した場合のみ廃棄する
	エプロン・ガウン	血液、体液、分泌物、排泄物などで衣類が汚染される可能性がある時に着用する 患者ごとに使用し、手袋に準じて捨てる
患者関係	食器	通常の熱処理で可能(そのまま返却)
	衣類	洗濯は患者又は家族が行う 血液、体液、排泄物がついた衣類は、洗濯するまでの間はビニール袋に入れて保管する
	リネン	シーツ交換時、使用後のリネンは床に置かず、ランドリーボックスに入れる 感染症が判明している患者のシーツ交換は最後に行う 汚染されていない患者のリネンは、そのままランドリーボックスに入れる 血液、体液、排泄物がついたリネンは、そのままビニール袋に入れて、病棟名と汚染名を明記し、しっかりと口を縛り、ランドリーボックスに入れる 感染症が判明している患者に使用したリネンはビニール袋に入れて、病棟名と疾患名を明記し、感染専用ランドリーボックスに入れる
	清拭タオル	タオルを患者の所に持っていく時は、ビニール袋に入れて持っていく 使用後のタオルは洗面所にあるランドリーボックスへ入れる 洗面器はできるだけ患者本人のものを使用する 血液、体液、排泄物がついたタオルは、そのままビニール袋に入れて病棟名と汚染名を明記し、しっかりと口を縛り、ランドリーボックスに入れる 感染症が判明している患者に使用したタオルは、ビニール袋に入れて、病棟名と疾患名を明記し、感染専用ランドリーボックスに入れる
	排痰ティッシュ	患者のベッドサイドでビニールに集めた後、一般可燃ゴミとして破棄する
	オムツ交換	施行時は手袋を着用する 使用後のオムツは床に置かず、オムツ専用ダンボールに捨てる 血液、体液が付着したオムツは感染性廃棄物に捨てる
	トイレ	トイレは毎日清掃する 患者の使用中のポータブルトイレは、排泄物を処理して洗浄する 使用しなくなったら、洗浄消毒し乾燥させる 尿器、便器は十分に水洗いした後、0.01%次亜塩素酸ナトリウムで 1 時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる
	尿器・便器	十分に水洗いした後、汚物室に設置しているペットパンウオッシャーで洗浄乾燥 ミルトンに1時間戦績後、乾燥 陰洗ボトルは患者ごと
	浴槽	入浴後、清掃し乾燥させる
	体温計	一人の患者が使用するごとにエタノール消毒を行う
	血圧計・聴診器	一人の患者が使用するごとにエタノール消毒を行う
	ガーグルベースン	ガーグルベースンにはあらかじめビニール袋をかけ、汚染しないように留意する ガーグルベースンが直接汚染された場合は、中材で消毒を行う
	病室	日常の清掃は 1 日 1 回行う 環境を汚染する可能性のある患者は個室で管理する 体液以外による汚染には清掃用洗浄剤を用いる 体液などで汚染された場合、汚れを取り除いた後にエタノール又は、0.5%～1%ミルトンで清拭（どちらも 2 度拭き）し乾燥させる
	移送	通常の移送を行う
看護関係	手術部位・無菌操作部位	手術日前日シャワー浴又は清拭をし、必要時にはオリーブ油を使用して臍部をきれいにする 手術直前ディスポサージカルクリッパー(電気かみそり)をしようして手術部位の除毛を行う 手術後創部は原液の 10%ポピヨンヨード液を使用する イソジン液は包交車のセルポンジに必要量だけ入れて使用する 使用したガーゼは廃棄用段ボールに捨てる 鑷子や縫合セットなど金属類は、十分汚れを洗い落とし、ビニール袋に入れていれて中材に出す(返納は 9 時、15 時の2回)
	回診・ガーゼ交換	患者を直接介助する看護師と無菌操作を実施する看護師は別にする 病室内に汚染缶を持ち込まない 回診の順序はより清潔操作を必要とする患者から開始し、感染症患者は最後に行う

		一処置一手指消毒を徹底
	気管内・口腔内吸引カテ	患者一人ごとに専用容器を用いる 吸引用ボトルは患者ごと1日でディスポ 吸引用カテーテルは原則1回ごとディスポ 吸引用の塩ビ管は汚染の程度によって日勤帯に交換 吸引用カテーテル給水用のボトルは日勤帯で交換
	挿入カテーテル	尿道留置カテは閉鎖式のため膀胱洗浄なせず、汚染時は一式交換 廃液を回収するときは回収口をアルコール消毒 N／Gチューブ、Gボトルは消毒や再利用をせず、廃棄用段ボールに捨てる
	注射部位	採血、注射、点滴等の処置を行うときは必ず手袋を着用 針捨て容器を持参し針はリキャップせずに廃棄する 注射器、点滴ボトル、血液汚染物は廃棄用段ボールへ捨てる
	処置室・ナースステーション	清潔操作を行う処置台のうえなどは除菌クロスで清拭 棚やドアノブは水拭き 床は清掃
	包交車・ストレッチャー	包交車は除菌クロスで清掃 ガーゼ交換前後は手指の消毒 ストレッチャーは使用後雑巾拭き、ほこりがかからないようシーツをかけておく 使用したトイレは洗浄消毒乾燥
接触感染予防策①（アルコールが有効な感染症）		
保護用品	手洗い	標準予防策に準ずる
	手指消毒	標準予防策に準ずる
	手袋	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	標準予防策に準ずる
	エプロン・ガウン	標準予防策に準ずる
患者関係	食器	標準予防策に準ずる
	衣類	洗濯は患者又は家族が行う 血液、体液、排泄物がついた衣類は、洗濯するまでの間はビニール袋に入れて保管する 院内で処理するものは、疥癬患者のみ 80℃で 10 分間の熱水処理後洗濯する それ以外は通常の洗濯を行う
	リネン	院内で処理するものは、疥癬患者のみ 80℃で 10 分間の熱水処理後洗濯する それ以外は通常の洗濯を行う 標準予防策に準ずる
	清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄物ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換	標準予防策に準ずる
	トイレ	個室内のトイレを使用する トイレは毎日清掃し、便座の汚染が危惧される時は、汚れを取り除いた後エタノールで清拭消毒する ポータブルトイレは使用しない。使用する場合はビニール袋をかけて使用する 使用後は排泄物を処理洗浄する 使用終了時は、洗浄消毒後乾燥させる 尿器、便器は十分に水洗いした後、0.01%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる
	尿器・便器	標準予防策に準ずる
	浴槽	標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則個室で管理する 床は通常の清掃で行い、患者が触れるようなベッド周囲はエタノールで清拭消毒を行う 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出るときは、他部門へ連絡しておく
看護関係		標準予防策に準ずる
接触感染予防策②（アルコールが無効な感染症）		
保護用品	手洗い	標準予防策に準ずる
	手指消毒	次亜塩素酸ナトリウムは手荒れの原因になりやすいため、手指消毒では行わない
	手袋	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	標準予防策に準ずる
	エプロン・ガウン	標準予防策に準ずる
患者関係	食器	ノロウィルス患者に使用した食器は、「食器類の下膳に関する約束事項」参照 標準予防策に準ずる
	衣類	洗濯は患者又は家族が行う 院内で処理するものは、80℃で 10 分間の熱水処理後洗濯するか、0.02%～0.05%次亜塩素酸ナトリウムに 10 分間浸漬処理を行う
	リネン	院内で処理するものは、80℃で 10 分間の熱水処理後洗濯するか、0.02%～0.05%次亜塩素酸ナトリウムに 10 分間浸漬処理を行う

		標準予防策に準ずる
	清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄物ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換	標準予防策に準ずる
	トイレ	個室内のトイレを使用する トイレは毎日清掃し、便座の汚染が危惧される時は、汚れを取り除いた後、0.5%次亜塩素酸ナトリウムで清拭消毒する ポータブルトイレは使用しない 使用する場合はビニール袋をかけて使用する 使用後は排泄物を処理洗浄する。使用終了時は、洗浄消毒後乾燥させる 尿器、便器は十分に水洗いした後、0.5%次亜塩素酸ナトリウム液で 1 時間以上消毒し、水ですすぎ十分に乾燥させる
	尿器・便器	標準予防策に準ずる
	浴槽	標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則個室で管理する 床は通常の清掃で行い、患者が触れるようなベッド周囲は 0.05%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタで清拭消毒を行う 吐物や排泄物の汚染がある場合は、汚れを落としてから 0.5%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタで清拭消毒を行う 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出る時は、他部門へ連絡しておく
看護関係		標準予防策に準ずる
飛沫感染予防策		
保護用品	手洗い・手指消毒	標準予防策に準ずる
	手袋	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	患者の 1m 以内に近接する場合や、医療行為を行う場合にサージカルマスクを着用する 標準予防策に準ずる
	エプロン・ガウン	入室時に着用する 標準予防策に準ずる
患者関係	食器・衣類・リネン・清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄物ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換・トイレ・尿器・便器・浴槽	個室内のトイレを使用する 標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則個室で管理する 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出る時は、他部門へ連絡しておき、患者にはサージカルマスクを着用してもらう
看護関係		標準予防策に準ずる
空気感染予防策		
保護用品	手洗い・手指消毒	標準予防策に準ずる
	手袋	標準予防策に準ずる
	マスク・ゴーグル	結核患者の病室に入室する際は N95 マスクを着用する
	エプロン・ガウン	標準予防策に準ずる
患者関係	食器・衣類・リネン・清拭タオル	標準予防策に準ずる
	排痰ティッシュ	感染性医療廃棄ボックス・ダンボールに入れる
	オムツ交換・トイレ・尿器・便器・浴槽	個室内のトイレを使用する 標準予防策に準ずる
	体温計・血圧計・聴診器	病室内に置き、患者専用とする
	ガーグルベースン	病室内に置き、患者専用とする 標準予防策に準ずる
	病室	原則東館の陰圧個室に収容し、陰圧機能を作動させる 標準予防策に準ずる
	移送	制限する 病室外に出る時は、他部門へ連絡しておき、患者にはサージカルマスクを着用してもらう
看護関係		標準予防策に準ずる

器械・器具の処理方法

Spaulding 分類		クリティカル器具	セミクリティカル器具①	セミクリティカル器具②	ノンクリティカル器具
定義		無菌の組織や血管に挿入するもの	粘膜・創のある健常でない皮膚に接触するもの	粘膜・創のある健常でない皮膚に接触するもの	創のない皮膚と接触するもの粘膜とは接触しない
主な器具類		手術器具・カテーテル類・鑷子・クーパー・針・生検鉗子など	内視鏡・人工呼吸器・麻酔器具など	喉頭鏡ブレイド・ネズライザー・ガーグルベースン・マウスピースなど	体温計（腋窩）・聴診器・血圧計・膿盆・環境など
滅菌･消毒方法（CDC ガイドラインより）		滅菌	高水準消毒	中水準消毒	低水準消毒または清拭・洗浄
		いかなる形態の微生物の生命をも完全に排除または死滅させる	芽胞が多数存在する場合を除き、全ての微生物を死滅させる	芽胞以外の結核菌、栄養型細菌、多くのウイルス、真菌を死滅させる	ほとんどの細菌、ある種のウイルス、真菌は殺滅するが、結核菌や芽胞などを殺滅しない
		滅菌	グルタラール、フタラール、ディスオーパ、ステリハイド	次亜塩素酸系、ヨード系、アルコール系、フェノール系	第四級アンモニウム塩、クロルヘキシジン、両性界面活性剤
スタンダードプリコーション		①酵素素洗浄剤に浸漬又は清拭をして血液などの汚染物を念入りに除去する 外来部門は一次消毒が必要 ②中材で滅菌	①酵素素洗浄剤に浸漬又は清拭をして血液などの汚染物を念入りに除去する ②下記のうちいずれか ・ステリハイド 1 時間浸漬 ・サイデックスプラス 30 分 ・ウォッシャーディスインフェクタ洗浄 93℃5 分（中材） ③乾燥	①酵素素洗浄剤に浸漬又は清拭をして血液などの汚染物を念入りに除去する ②下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・0.01%ミルトン 1 時間浸漬 ③乾燥（ガーグルベースンは予めビニール袋でくるみ汚れなければ袋のみ交換）	①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥 血圧計のマンシェットは通常の選択でも可
接触感染予防策①	MRSA 疥癬 MDRP VRE ﾛﾀｳｲﾙｽ HBV など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥
接触感染予防策②	ﾉﾛｳｲﾙｽ ﾃﾞｨﾌｨｼﾙ菌 など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	①酵素洗浄剤に浸漬又は清拭をして汚染物を除去する ②0.01%ミルトン 1 時間浸漬 ③乾燥（ガーグルベースンは予めビニール袋でくるみ汚れなければ袋のみ交換）	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・0.05%ミルトン ・**ルビスタ**で清拭 ・エタノール 2 度拭き (金属はミルトン以外) ②乾燥
飛沫感染予防策	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ ﾑﾝﾌﾟｽ など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥
空気感染予防策	結核 水痘 麻疹 など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	病室内に置き、患者専用 患者退院後は ①下記のうちいずれか ・エタノール拭き ・除菌クロス清拭 ・洗浄 ②乾燥

除菌クロス≒環境クロス≒第４級アンモニウム塩≒塩化ベンザルコニウム

環境の整備方法

		床	ベッド柵	食器	リネン・タオル	衣類	トイレ・便器
スタンダードプリコーション		清掃のみ（消毒不要） 体液・血液などによる汚染時は、汚れを取り除いて半径 1m 以上をエタノール清拭又は 0.5%～1%ミルトン清拭（どちらも 2 度拭き）	エタノール清拭 体液・血液などによる汚染時は、汚れを取り除いてからエタノール清拭	通常の下善	そのままランドリーボックスに入れる 体液・血液・排泄物などがついたリネンは、そのままビニール袋に入れて汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる	洗濯は患者又は家族が行う 体液・血液・排泄物などがついたリネンは、そのままビニール袋に入れて保管	トイレは毎日清掃する 尿器･便器は汚れを取り除いた後 0.01%ミルトンで 1 時間消毒後乾燥
接触感染予防策①	MRSA 疥癬 MDRP VRE ﾛﾀｳｲﾙｽ HBV など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる 疥癬患者のみ 80℃10 分間の熱水処理後洗濯	洗濯は患者又は家族が行う 体液・血液・排泄物などがついた衣類は、そのままビニール袋に入れて保管 疥癬患者のみ 80℃10 分間の熱水処理後洗濯	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後エタノールで清拭 尿器･便器は汚れを取り除いた後 0.01%ミルトンで 1 時間消毒後乾燥
接触感染予防策②	ﾉﾛｳｲﾙｽ ﾃﾞｨﾌｨｼﾙ菌 など	清掃のみ 吐物などによる汚染時は、汚れを取り除いて半径 1m 以上を 0.5%～1%ミルトンで清拭（2 度拭き）	0.05%ミルトン**又はルビスタ**で清拭 吐物などの汚染がある場合は、汚れを落としてから 0.5%ミルトン**又はルビスタ**で清拭	食器類の下膳に関する約束事項参照	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる 院内で処理する場合は、80℃10 分間の熱水処理又は 0.5%ミルトンに 10 分間浸漬	スタンダードプリコーションに順ずる	個室のトイレを使用 便剤の汚染がある場合は汚れを取り除いた後 0.5%ミルトン**又はルビスタ**で清拭 尿器･便器は汚れを取り除いた後 0.5%ミルトンで 1 時間以上消毒後乾燥
飛沫感染予防策	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ ﾑﾝﾌﾟｽ など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる	スタンダードプリコーションに順ずる	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後エタノールで清拭 尿器･便器は汚れを取り除いた後 0.01%ミルトンで 1 時間消毒後乾燥
空気感染予防策	結核 水痘 麻疹 など	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	スタンダードプリコーションに順ずる	そのままビニール袋に入れて感染症名と汚染物名を明記し、ランドリーボックスに入れる	スタンダードプリコーションに順ずる	個室のトイレを使用 便座の汚染がある場合は汚れを取り除いた後エタノールで清拭 尿器･便器は汚れを取り除いた後 0.01%ミルトンで 1 時間消毒後乾燥

消毒薬の作り方・消毒薬の開封後の期限について

塩化ベンザルコニウム液

0.1%塩化ベンザルコニウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%逆性セッケン液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ml	990ml	1,980ml	2,970ml

次亜塩素酸ナトリウム液

0.01%次亜塩素酸ナトリウム液：水のみなど浸漬 12.5ml を水 10L で希釈(80 倍)

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ｍｌ	990ml	1,980ml	2,970ml

0.02%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	10ml	20ml	40ml	60ml
水	490ml	980ml	1,960ml	2,940ml

0.05%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	25ml	50ml	100ml	150ml
水	475ml	950ml	1,900ml	2,850ml

0.1%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	50ml	100ml	200ml	300ml
水	450ml	900ml	1,800ml	2,700ml

又は

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%ピューラックス液	5ml	10ml	20ml	30ml
水	495ml	990ml	1,980ml	2,970ml

0.5%次亜塩素酸ナトリウム液

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
1.1%ミルトン液	250ml	500ml	1,000ml	1,500ml
水	250ml	500ml	1,000ml	1,500ml

又は

	500ml	1ℓ	2ℓ	3ℓ
10%ピューラックス液	25ml	50ml	100ml	150ml
水	475ml	950ml	1,900ml	2,850ml

＊ミルトンとハイターを同義語と解釈しないこと。ハイターは、塩素濃度の安定性が保てないことから使用しないこととし、ミルトンに統一する。次亜塩素酸ナトリウムとしての純度も異なり、ハイターはより不純物の混入があるため、浸漬後は洗い流す必要あり。

ルビスタ　ルビスタ1錠（5g）に対して水道水500mlで溶解。有効期限：調整後7日間
環境清拭に使用

消毒薬の開封後の期限について

2014.10　改定

消毒薬名		開封後使用期限	備考
高水準消毒薬			
サイデックス　器		調製後 28 日	使用頻度が多い場合、専用のテストストリップで濃度を確認して使用する
アセサイド　器		調製後 7 日間	
ディスオーパ　器		14 日間	
中水準消毒薬			
エコ消エタ　皮　環　器		1 年間	揮発しないようフタをしっかり閉める 浸漬綿は 24 時間
サニコット　皮		1 週間	残ったら環境消毒などに使用する
速乾性擦式手指消毒剤　手		1 年間	
クロルヘキシジングルコン酸塩 エタノール消毒液 1%　皮		1 年間	
ポピヨード液 10%　皮		1 年間	
ポビドンヨードスクラブ液 7.5%　手		1 年間	
ヨードホルムガーゼ　皮		4 ヶ月	外包に入れて保管する
ミルトン　環　器		6 ヶ月（原液） 調製後 24 時間	可能な限り冷暗所で保管する

消毒薬名		開封後使用期限	備考
低水準消毒薬			
マスキン液 5% 皮		3 ヶ月	
0.05%マスキン水 特		3 ヶ月	浸漬綿は 24 時間
0.02%マスキン水 特		3 ヶ月	浸漬綿は 24 時間
スクラビイン S4%液 手		3 ヶ月	
逆性石ケン液 10% 皮 器		3 ヶ月	
0.05%ヂアミトール水 皮 特		3 ヶ月	浸漬綿は 24 時間
その他の消毒薬			
ルビスタ 環 器		調製後 7 日	
アクリノール 特		設定なし	記載されている使用期限まで
オキシドール 特		設定なし	記載されている使用期限まで
ハイポエタノール 特		設定なし	記載されている使用期限まで

当院マニュアルによる主な用途 （詳細はマニュアルを参照）

手 手指消毒　皮 皮膚消毒　器 器具消毒　環 環境消毒　特 特定の領域での使用

高水準消毒薬使用マニュアル

平成 22 年 12 月　追加

高水準消毒薬は広い抗微生物スペクトルや強い殺微生物力がある一方、人体に対する毒性も強いため、安全な適正使用が求められる。

当院採用消毒薬

・グルタラール　／　ステリハイド L 2%液、サイデックスプラス 28 3.5%液
・フタラール　／　ディスオーパ消毒液 0.55%　（自動洗浄機での使用が望ましい※1）
・過酢酸　／　アセサイド 6%消毒薬　（OPE 室でのみ使用）

※1　消化器内視鏡の洗浄消毒マルチソサエティガイドライン参照

安全に使用するにあたって

① 防護具の着用

＜防護具の着用例＞

エプロン

防水性であるもの、可能な限り体を広く覆うもの（長袖）を選択する。

グローブ

ニトリル製が推奨されている。ラテックス製の場合2重に着用することが望ましい。

ゴーグル及びキャップ

ゴーグル、フェイスシールド又はアイシールド付きのマスクの着用が推奨されている。

マスク

気密性の高いマスクを着用すること。専用マスクはOPE室に在庫している。

② 換気・排気

・ 窓もしくは換気扇のないところでは使用しないこと。
・ 換気状態の良い場所で使用すること。窓を開けるなどして空気の流れを作り、蒸気を速やかに排出させる。

③ 作業の留意点

・ 薬液の調製・交換作業、浸漬、取り出し作業時は、素早く、かつ、こぼさないように丁寧に行う。
・ 蒸気の漏れ出しを防ぐために蓋付き容器を用いる。
・ 消毒後の器具は、残留消毒薬がないように十分にすすぎを行う。
・ 床などにこぼしてしまった場合、モップなどで速やかに拭き取り、十分な換気を行う。

III.　疾患別予防策

―――感染症の表示について―――

ワッセルマン

ＨＢＶ

ＨＣＶ

ＨＩＶ

ＭＲＳＡ

緑膿菌

多剤耐性緑膿菌

疥癬

セラチア菌

平成 25 年 4 月 19 日　修正

＜注意＞

添付シールに感染症名（ＨＢＶ・ＭＲＳＡ等）の記載はしない

菌の検出部位を記載する

検査結果が出たら、シスコールにシールを添付すること

（感染症が消失した時点でシールをはがす）

電子カルテの患者情報にＨＢＶ・ＨＣＶ・ＨＩＶ入力する

【結核患者発生時の対応】

（結核予防法は廃止され、感染症法に統合されました。施行H19年4月～）

病棟で入院患者が結核と診断されたときの対応

当院は結核指定病院ではないのでできるだけ結核が疑われる患者が来院した場合は、排菌の有無を外来で検査することが重要。特に結核の高リスク患者では注意する。

高リスク患者

免疫不全患者・免疫抑制剤、ステロイド投与患者・低栄養状態・術後患者・高齢者・糖尿病患者・腎不全、透析患者、など

結核は空気感染・飛沫核感染なので、入院患者が臨床検査や画像所見、臨床症状から結核が強く疑われるときには、**空気感染予防策**を適応する。

抗酸菌のガフキー検査が陽性で、ＴＢ遺伝子検査結果が未判明の時には、結核として対応する。

結核の診断が確定した場合には「結核患者発生時のフローチャート」に従い対応する。

排菌患者は原則として結核病床を持つ病院に患者を転送する（国立療養所東埼玉病院など）。

非排菌者（ＴＢ遺伝子検査陽性でガフキー陰性）に関しては、当院で対応可能であるが、感染症対策委員長と個々の症例につき個別に対応する。

結核患者の届出

◇結核患者が発生したときには、主治医は診断後直ちに「結核患者届出票」を保健所に提出する。
◇当院では、主治医が記入して総務に提出。総務が、福祉相談室、保健所に提出する。

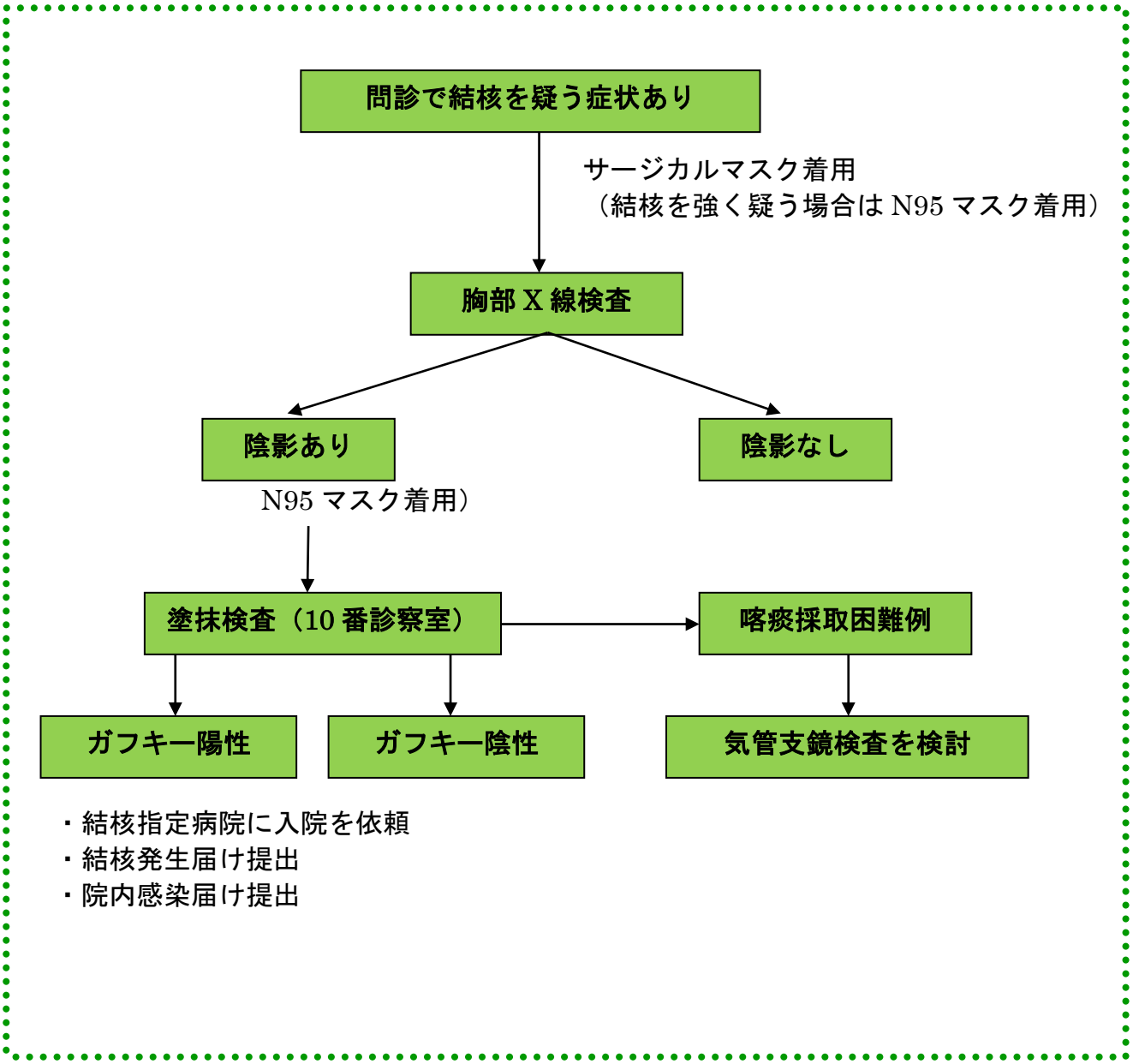
＊巻末：【1、2、3、4、5 類感染症発生届の流れ】参照

主治医 ⇨ 総務 ⇒ 保健所へ
コピーを院内感染防止対策委員長へ

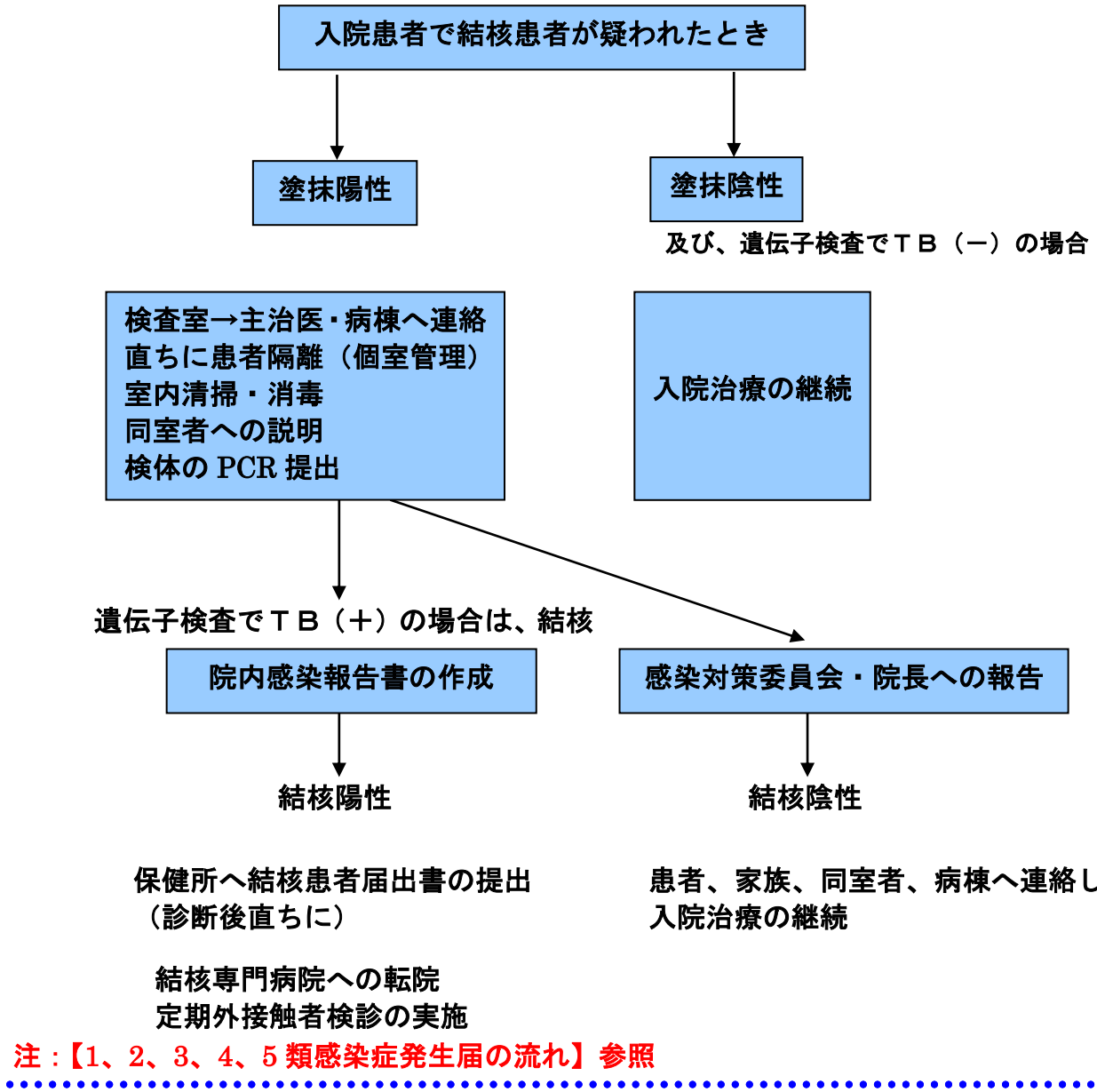
◇届出用紙は、イントラシステム（共有メニュー画面）の各委員会発行文書（感染防止対策委員会）にあります。

排菌している結核患者が発生した場合には、保健所と感染対策委員会の協議の基に、保健所からの指示に従い、結核定期外検診を実施する。

外来で結核が疑われる患者の対応フローチャート



結核患者発生時のフローチャート



注：【1、2、3、4、5 類感染症発生届の流れ】参照

結核病棟に入院歴のある患者の入院受け入れ条件

① 咳、痰が消失している。胸部Ｘ線で明らかな空洞性病変が認められない。

② 痰の採取が可能であれば、週1回の、喀痰抗酸菌塗抹検査で、連続3回陰性が確認されている。（治療開始後より、約３週間所要）治療後で、痰の採取が困難な場合は、肺結核では胃液を、咽頭結核では咽頭ぬぐい液を採取し、１回の陰性を確認することとする。

③ 塗抹陽性であっても2週間の治療が行われており、更に、以前検出された結核菌の薬剤感受性検査の結果が、耐性がないことが確認されているか、薬剤感受性を考慮した適切な治療がされている。（約２ヶ月所要）→塗抹陽性でも、培養では陰性となっていることが確認されている。

④ 尚、患者様の状態等により、やむを得ず受け入れが必要である場合は、個室管理により①、②、③の確認を行う。

【ＳＡＲＳ（重症急性呼吸器症候群）の可能性例に対する感染防止対策】

（H15/4/22）
院内感染対策委員会

WHO は
空気・飛沫・接触対策をすべて含めた
バリアナーシング手技（病原体封じ込め看護）を強く推奨しています

《SARS対応マニュアルの問診内容①～③の内容を満たす方は、当院では診療できません。》

1. 疑いの患者にはサージカルマスクの着用を指導する。

2. 他の患者と接触しない待合エリア、診察室の確保をする。

3. 入院の場合は、患者が可能な限り病室外に出ることのないよう、手洗い、トイレ、浴室などのある個室を確保する。

4. 陰圧病室のない当院では、病室の廊下側のドアは常時閉鎖する。開放性結核患者収容時に準じ、窓の開閉による室内換気を促す。

5. 入室時はスタッフも家族も全員がN95マスクを着用する。
   十分なうがい・手洗いも励行する。
   ケアを実施する際には、ディスポーザブルの帽子、手袋、ゴーグル、プラスチックエプロンを着用する。

6. 使用器具は患者専用とし、ディスポーザブル製品を優先使用する。
   セッシ類などの再生使用器具は、ビニール袋や蓋付容器などに入れて汚染の拡大を防止する。便器消毒は熱水処理もしくは中材処理とする。
   器材の消毒液は、次塩素酸ナトリウムなどの塩素系消毒液を用いる。

7. 医療廃棄物は、患者の病室にMDボックスを設置し、全てボックス内に収容する。

8. 患者情報ならびに患者のプライバシー保護に当たっては、医療者としての自覚を持って対応にあたる。

済生会栗橋病院　SARS(重症急性呼吸器症候群)対応マニュアル

(H15/4/24 Ver 1.-2)
院内感染対策委員会

スタッフ用

SARS を心配されて
電話連絡
直接来院
された方に対しては、以下のように対応。

電話対応による問診票の記入　または　外来での問診票の記入
《氏名・連絡先はもれなく・正確に》

↓

問診票の①，②，③項目以上に　「はい」　の該当がある場合
(説明文とマスクを配布し、とりあえず自宅待機していただく)

↓

直ちに以下に電話連絡し、患者様が直接、行政の指示を仰ぐ

8:30～19:00：幸手保健所：電話：0480-42-1101
上記以外の時間帯：
埼玉県庁：電話：048-824-2111(大代表)：健康福祉部医療整備課（048-830-3543)

(電話対応時、埼玉県外の方については、所轄保健所への連絡でも構わない)

電話連絡は

①電話問い合わせの場合は患者・家族から。
②直接来院の場合は病院スタッフから(幸手保健所または埼玉県庁)。
とする

参考・確認

平成 15 年 4 月 24 日現在においては

① 危険地域への渡航歴
② 38℃以上の発熱
③ 咳嗽

のある方は全て(所轄)保健所へ連絡とする

(H15/4/30 Ver 1.-2 の追補)
済生会栗橋病院　院内感染対策委員会

スタッフ用

3 項目を満たさない方の対応・受診について

現在、3 項目を全て満たす方は、(所轄)保健所または県への連絡としています。

問診

① 危険地域への渡航歴
② 38℃以上の発熱
③ 咳嗽

●現時点では、殆どの方が「①～②項目のみ該当」、または、「ただ心配である」。との理由で、電話連絡されたり受診希望があったりします。

↓

対応

3 項目を満たさなければ心配なく、また、早期診断の方法は無い旨を説明。
(症状が出現されたら連絡をしてください。上記 3 項目を満たす方は保健所に。)

↓

診察・検査希望の方は、医師(稙田・不在時-白髪)に電話を回す。
(夜間は内科当直医)

↓

<受診・検査希望あり>
心配されている患者様が来院することを責任看護師に連絡。

↓

救急外来で対応する(診察は、昼・夜の救急当番内科医)。

附：3 項目を満たさない方は、原則として SARS の確率が低い方々です。従いまして、患者様へのマスク使用は強制しませんが、咳嗽のある方や、未だ帰国後数日以内の方にはマスクをしていただくなど、現場での臨機応変な対応に務めてください。スタッフの防衛も同様ですが、バリアーナーシングが過度にならないようにも留意ください。必要に応じて呼吸器内科医のコンサルテーションを求めてください。

病院長殿

誓約書・渡航報告書　Ver.2(アジア地区渡航用)

私は、平成１５年４月２４日発令の、済生会栗橋病院職員のSARSに関わる『海外渡航自粛についての勧告』の意味するところを十分に理解した上で、この度渡航いたします。

以下の基本的感染予防法を遵守し、帰国後も患者様ならびに職員の皆様に被害の出ないよう、十分に配慮して行動いたします。また、同伴者にも遵守させます。

旅行先(国名・都市名)：
目的：
期間：出国日　　月　　日(　　空港より)、帰国日　　月　　日(　　空港へ)
航空機：行路(　　航空　　便、経由地：　　、なし)
　　：帰路(　　航空　　便、経由地：　　、なし)
日程ならびに宿泊先(電話・ファックスなどを含む)：

連絡のとれる留守宅(氏名・連絡法など)：

《遵守事項ならびに確認事項》

１．渡航者の密集地では、必要に応じてマスク、手洗い、消毒、うがいを励行します。
２．旅行中ならびに旅行後の、SARS に関わる不安事項は全て報告いたします。
３．帰国後の勤務開始については、院長指示に従います。
４．生じ得る SARS に関わる事項は、全て自己責任と理解しています。
５．今後も流行状況が変化することを理解し、済生会栗橋病院よりの指示に従います。
６．渡航中止時ならびに変更時には、直ちに報告いたします。
７．本件に伴うキャンセル料発生などは、全て自己負担とします。

平成　　年　　月　　日

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　署名(自著)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

平成 26 年 2 月 12 日

院長	事務部長	看護部長

平成　　年　　月　　日

海外渡航申請書

病院院長

感染対策委員長　　殿

所　属	
所属長氏名	印

渡航申請者	
所　属	
職員番号	
氏　名	印

私は、下記の通り海外渡航したく、ここに申請を致します。

記

渡航先（国名）	
期　　間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日
渡 航 理 由	
そ　の　他	

「外務省　海外安全ホームページ」http://www.anzen.mofa.go.jp/
にて渡航先の情報を確認のうえ、以下の項目に当てはまる場合は
○印をつけてください。

医療・衛生（ウィルス・感染症等）に関する注意勧告	
治安・テロ・暴動等に関する注意勧告	
自然災害等に関する注意勧告	

感染対策委員長

総務課長	係

注意　：　申請は、緊急以外『渡航日の2週間前まで』に、提出して下さい。

【疥癬発生時の対応】

疥癬発生時・対策フローチャート（ノルウェー疥癬）

院長

↓

院内感染防止対策委員会・委員長

↓

緊急委員会招集

↓

発生状況の把握：患者の入院プロフィール、発生日、院内移動状況、看護介護度
対策室の設置の有無を決定する：場所、電話〇台
発生病棟の入院患者、家族への説明、聞き取り調査開始、指示を出す
発生病棟の職員、家族への説明、聞き取り調査開始、指示を出す
患者、家族への連絡範囲：〇月〇日入院患者～〇月〇日までの決定、方法(電話か文書か)の決定
発生日からの経過報告書の作成：罹患状況、治療指示、感染患者の対応、感染職員の対応、室内消毒の範囲、発生病棟への新規入院の可否など
外注業者の連絡範囲決定：看護補助、シーツ交換業者、看護学校、清掃業者
保健所への連絡：電話、後日文書
イントラネットによる情報開示
皮膚科外来のバックアップ

院長
↓
感染防止対策委員長
↓
看護部長
↓
所属看護課長
医局長
事務部門
薬剤部
↓
実行

皮膚科科長

- 院長、感染委員長、看護部長との報告、連絡を蜜にする
- 一般診察に影響させない
- ２診以上の体制が必要時は院長から大学へ要請
- 状況により17時以降の診療体制をとる
- 感染者に対する診療指示の明確化に努める
- 再診計画を立てる（混乱をさける）

医局長

- 感染委員長からの指示で協力体制（処方箋書きなど）
- 主治医は患者、家族の説明協力
- 医師自身のチェックを怠らない

看護部長

- 看護課長を招集し状況説明
- 委員会で決定したことを随時報告
- 対策室の電話対応の責任者となる
- インフォメーションの増員
- 皮膚科外来看護師の増員
- 受診患者の罹患発生状況の報告、リスト作成
- （院長、感染委員長、皮膚科医、医局長、医事課、総務課へ配布）
- 感染患者、職員の対応は指示とマニュアルに準ずる
- 患者、家族の苦情対応
- 用度管財課に施設消毒の指示

事務部長・総務課長

- 委員長の指示に従ってリストアップされた患者への文章の送付
- 入口、院内掲示物の作成
- 委員長の指示でイントラネットへの情報入力
- 患者、家族、職員などの保障問題、お金に関わる事の対応（事務部長）

診療支援課長(病歴室)

- 指示があった期間の患者リストの作成
- 指示があった期間の職員カルテの準備
- 受付での患者説明
- 必要時受付増員と受付時間の延長対応

用度管財課長

- 病室、施設の消毒を業者に指示
- 消毒薬の発注

注） ノルウェー疥癬は、通常の疥癬の重症型である。老人や免疫能の低下した状況下で進行しやすく角化型疥癬とも称される。落屑には多量のヒゼンダニを内包する。（通常の疥癬では直ちに院内感染に直結するわけではない。マニュアルに則って適切に対応する）

付）疥癬-1

問　診：　かゆみのある方はおられませんか？

この度、当院の処置室で外来通院治療されておられる方が、『疥癬』であることが判明しました(　　月　　日)。
他の方にうつる可能性もありますので、当処置室を利用されておられる皆様に、確認のための質問をさせていただいております。ご協力ください。

質問：　あなたは最近、強いかゆみがありませんか？

はい

いいえ

はい、とお答えいただいた方には　当院の皮膚科医が　適切に対応いたします。
診療にご協力下さい。

問診のご協力有難うございました。
どうぞおだいじに。

平成　　年　　月　　日
済生会栗橋病院
院内感染防止対策委員会

疥癬とは？
ダニの一種であるヒゼンダニ（カイセン虫）が、人間の皮膚に張り付いて生じる、かゆみを伴う皮膚疾患です。適切な治療で完治します。

院内感染防止対策委員会宛

疥癬発生届

患者ＩＤ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　齢 ＿＿＿＿

性　　別 ＿＿＿＿

基礎疾患名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発　生　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病　　棟 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診　療　科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

報　告　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床経過

※疥癬については特に、いつ入院し、どんな症状がいつから出現し、いつ発見となったかなど詳細に記入すること。

【ＭＲＳＡ発生時の対応】

MRSA（Methicillin resistant staphylococcus aureus：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）について

多剤耐性の黄色ブドウ球菌の総称で、黄色ブドウ球菌が第二、第三世代のセフェム系抗菌薬などの広域スペクトラムを有する抗菌薬の投与によりMRSAに誘導されます。ブドウ球菌は組織侵襲性が強いが、MSSA（メチシリン感受性黄色ブドウ球菌）に比べると病原性は低い。しかし、免疫能が低下した易感染者、高齢者などに感染を生じると難治化しやすく、この点を十分認識して感染防止の対策をとることが重要です。

MRSA 感染の病態

発症：免疫能の低下した患者（免疫抑制薬、抗癌剤等の投与者など）、高齢者、癌患者、熱傷患者、人工呼吸器使用患者、IVHによる持続輸液患者、透析患者などの易感染宿主に対し、広域スペクトラムの抗菌薬を長期に投与した場合に発症しやすい。

感染経路：MRSAの感染経路としては、飛沫感染と接触感染があるが、飛沫感染はまれであり、感染予防対策を行うときには、接触感染予防対策をとることが重要。医師、看護師などの医療従事者がMRSA感染患者あるいはMRSAの保菌者から菌を手指に付着させ、鼻前庭に定着させ（持続性のキャリアー）、他の患者に感染させることが最も多い（図1）。

保菌者・感染者・感染症患者の区別：検体からMRSAを検出しても、MRSA感染症を発症しているわけではない。単なる保菌者と、感染症患者を区別することが重要であり、感染症を発症していない保菌者に対して不用意な抗MRSA薬を投与することは避けるべきである。無菌状態の検体（胸水、関節液、血液など）からのMRSA検出や留置カテーテルからの検出は感染症と考えられるが、喀痰などの検体から検出した場合には感染症か保菌者の鑑別に注意を要する。

感染予防

1）不用意な広域スペクトラムの抗菌薬の投与は、MRSA保菌者を増加させるため、不用意な抗菌薬投与を慎み、できるだけ最小限とする。

感染予防には、一般的予防策に接触感染予防策を併用してあたる。

感染者の隔離

MRSA感染は接触感染のため、従来から個室隔離の対策がとられていた。しかしながら、保菌者を含めすべての患者を隔離するのは不可能であり、また、MRSA患者の隔離策はMRSA患者の拡散に影響しないことが指摘されている。よって当院では当面、以下の基準に基づいて行う。

- ICUでMRSA患者が発症した場合には可能な限り一般病棟へ転出させる。病状により転棟が不可能な患者に関しては、個室隔離を行い、病状が改善し次第速やかに一般病棟に転棟させる。
- 一般病棟では、易感染者に対し感染源となりうる患者では隔離を行う。
- 内科系病棟で、易感染者でない患者がMRSAの保菌の場合、個室隔離の必要はない。
- しかしながら、以下の点に注意して対応を行う。

1)　　MRSA腸炎の患者
気管切開をうけていてMRSAを常時気道から排出している患者
MRSAによる肺炎など呼吸器感染症を発症し、喀痰の吸引処置を必要とする患者
火傷、手術創、褥瘡などの創部にMRSAが感染している患者
MRSAの保菌者で易感染者の場合には、個々の症例毎に個室隔離が必要か検討を行い適応の決定をする

個室隔離していた患者の病状が安定して、感染源となりうる可能性が低くなれば、個室隔離を解除する。解除するときにはICTに相談する。
内科系病棟で、易感染者でない患者がMRSAの保菌者の場合、個室隔離の必要はない。しかしながら、以下の点に注意して対応を行う。

1)　　どの患者がMRSAの保菌者かを把握しておく。この際には、患者のプライバシーの尊重に留意する。
医療従事者はMRSA患者と接触する前後に手洗い、手指消毒を厳守する。処置、診察を行うときには、最後に行うようにする。
患者に、「MRSA」とは何か、「定着状態、保菌とはどうゆうものなのか」等について説明し、易感染者との接触を避けることや、手洗いなど自身でできることは積極的に行うように教育・啓蒙する。
患者および家族には、MRSAが検出された場合、MRSAについての説明を行う。特に、隔離の必要な症例に関しては、隔離の必要性について説明を十分行う。家族に対し入退室の手洗いについて指導を行う。家族が隔離病室へ入室する際には、マスク、ガウンの着用は必要ないが、介護を行うときには着用するよう指導する。不要な面会は制限し、高齢者、乳幼児体力の落ちた人などの易感染者の面会は避けていただくよう説明する。

MRSA 保菌者の治療

1) 保菌者の場合、患者がMRSA感染症を発症する危険がなければ除菌の対象とはならない。
MRSAの上気道の保菌者でも以下の場合は除菌を行う。
・手術をうける予定がある症例
・免疫不全などのハイリスク患者
・重症の長期臥床患者:具体的には鼻腔ではムピロシン鼻腔用軟膏の塗布、咽頭ではポビドンヨードによるうがいを1日3-4回実施する。
喀痰からMRSAが検出されても検出例の大多数はコロナイゼーションと考えられている。気道のコロナイゼーションに対して、バンコマイシンのネブライザーなどが用いられているが除菌は困難であり、また、除菌されても短時間で再定着され、有効性は確立されていない。よって当院では用いない。

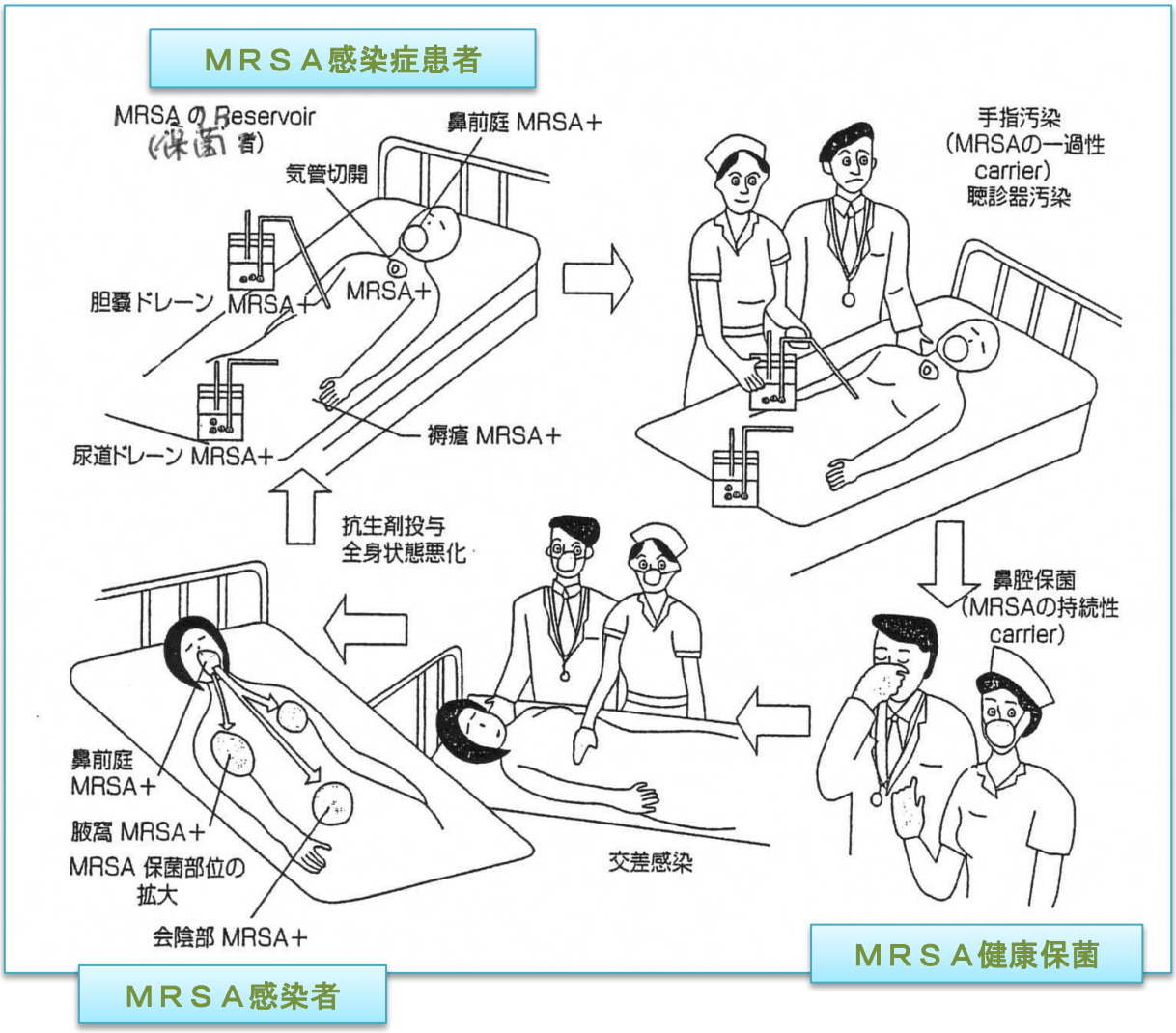
医療従事者のスクリーニング

医療従事者が保菌者であるかの一律のスクリーニングは多くは一過性の保菌者であるため不要である。むしろ全医療従事者が一過性保菌者になりうると自覚し、標準予防策を遵守することが重要である。MRSA感染症患者の多発時には、職員を対象にスクリーニングを適宜行う。その際、職員の保菌者が院内感染の拡大に関与している場合や、ICUや手術室など準清潔区域の医療従事者に関しては、除菌を検討する。

MRSA 保菌者・感染者の報告義務

別途報告書(巻末)に従い、直ちにICTに報告する。

図1



【多剤耐性緑膿菌（ＭＤＲＰ）の院内感染防止対策】

１.手指消毒の徹底

1) 尿、喀痰、便、膿、浸出液などに触れた者が次の患者に接触することで伝播することが多いと考えられていることから、処置時の事前事後の手洗いや消毒、手袋の着用を徹底する。特に、喀痰措置や陰部の清拭、尿路カテーテルの操作時に留意する。

患者、家族に対しても手洗いを励行するよう要請する。

２.尿路系の処置時の取り扱い手順の再確認

1)　　尿道留置カテーテルや蓄尿の適応を慎重に検討する。

尿路カテーテルの留置期間を必要最小限とする。

尿路系の処置において、スタッフ・患者間および患者・患者間の接触感染の可能性を最小とするように、現在の手順を再確認する。

３.水周りの環境整備

固形石鹸の共用利用はしない、洗浄の飛沫のかかる場所に器具やペーパータオルを置かないなど、手洗い場や汚染処理場における対応を再確認する。

４.標準予防策の徹底

1)　　隠れた陽性患者がいることを念頭におき、全入院患者に対して標準予防策を徹底する。

感染のリスクが高いと思われる入院患者については適宜スクリーニング検査を実施する。

５.検出患者への対応

入院患者からのＭＤＲＰが検出された場合は、厳重な監視（個室管理やコホーティング）を行う。

６.情報の共有・還元

1)　　検出患者情報を一元的に管理し、担当以外のスタッフにも周知する。

当該患者の担当者は、病院全体の感染対策の立案に参画する。

管理職はリンクナースの活動を十分にサポートする。

退院時には、転院先またはかかりつけ医に対して情報を提供する。

ＭＤＲＰが過去に一度検出された患者に対しても留意する。

７.感染防止態勢の確立

1)　　院内感染対策委員会において、ＭＤＲＰ感染防止に関する技術的事項等を検討する。

ＭＤＲＰに関する院内感染対策マニュアルを整備する。

全ての職員に対し組織的、継続的に指示や教育等を行う。

【参考】

国立感染症研究所ホームページ

http://idsc.nih.go.jp/ＭＤＲＰ/index.html

【ノロウイルス感染予防のための消毒方法について】

平成 18 年 12 月 19 日

ノロウィルス感染予防のための消毒方法について

済生会栗橋病院　薬剤科　ＤＩ室

- 感染経路・・・ノロウィルスをふくむ糞便や嘔吐物の処理後に手についたウィルスや残った糞便・嘔吐物が乾燥したものが口から取り込まれることにより感染する。
- 感染後のウィルス排泄・・・感染後24～48時間で下痢、嘔吐、腹痛、発熱などの症状が出て通常3日以内に回復するが、ウィルスは感染してから1週間程度、糞便中に排泄され続ける。

☆☆消毒方法☆☆

1) 185℃1分以上の加熱

次亜塩素酸ナトリウム（ハイター）又はルビスタ

※逆性石鹸（オスバン、マスキンetc）、アルコール消毒の効果は不十分

○ 多数の人が手を触れる場所や身の周りのもの（手すり、ドアノブ、水道の蛇口など）は定期的に消毒する。→0.02%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタ

○ 次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるため、金属部分に使用した場合は10分程度たったら、水拭きをする。また塩素ガスが発生することがあるので十分換気する。

○ 下痢や嘔吐をした利用者があり、感染が疑われる場合は特にトイレやその周辺の消毒頻度を増やす必要がある。

排泄物・嘔吐物の処理

使い捨て手袋、ガウンやエプロン、マスクを着用

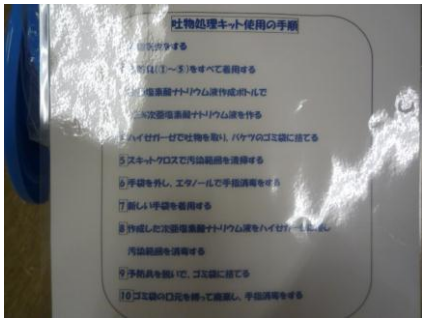
嘔吐物はペーパータオル等で外側から内側にかけて広がらないように拭き取りすぐにビニール袋に入れて処分する。

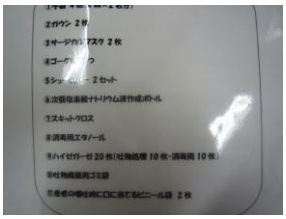
嘔吐物や排泄物が付着していた床とその周囲は0.1%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタをしみこませた布やペーパータオルで覆うか浸すように拭く（10分程度）。

水拭きをする。

室内を換気する。

排泄物、嘔吐物の処理をした者は、配膳作業を行なわない。





便座

便や嘔吐物で汚れた便座や床は0.1%次亜塩素酸ナトリウム又はルビスタを十分含ませた布で拭き取る。10分ほど経ったら水拭きをする。

リネン類の消毒

汚物がついたおむつやリネン類を取り扱う時は必ず、使い捨ての手袋とマスク、エプロンを着用する。

1) 汚れたリネン類は専用のビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないように注意する。
2) 汚物を十分落とした後、0.02%次亜塩素酸ナトリウムに10分浸すか、８５℃で1分以上熱湯消毒する。
3) 消毒後、他のものとわけて最後に洗濯する。

【参考文献】
東京都福祉保健局「社会福祉施設等におけるノロウィルス対応標準マニュアル」
http://www.fukushihoken. metro. tokyo.jp/shokuhin/micro/noro-manual.htm l
厚生労働省ＨＰ

亜塩素酸ナトリウム希釈液の作り方
【0.02%次亜塩素酸ナトリウム液】
原液濃度が 6%(ハイター)を 300 倍に
原液　10ml+水 3L
5ml(キャップ 1 杯)+水 1500ml

【0.1%次亜塩素酸ナトリウム液】
原液濃度が 6%(ハイター)を 60 倍に
原液　50ml+水 3L
5ml(キャップ 1 杯)+水 300ml

1．食器類の下膳に関する約束事項（2008.12～）

〔嘔吐物のある場合〕
嘔吐物があった場合は、病棟で処理する
嘔吐物のかかった残菜は「吐物」として扱い病棟で処理する（残菜ごと医療廃棄物として廃棄する）。
食器を湿らせた不織布ガーゼ等で拭き（吐物の除去）、その後次亜塩素酸ナトリウム1000ppm溶液（水1,000mlに対し1%次亜塩素酸ナトリウム100ml）を染み込ませた不織布ガーゼ等で清拭消毒する。
消毒をした食器類は、トレイごとビニール袋に入れてビニール袋の口をしめて下膳車にのせる。

〔嘔吐物がない場合〕
感染のある方の食事を下げる時は、病棟でトレイごとビニール袋に入れてビニール袋の口をしめて下膳車にのせる
↓
栄養科では、ビニール袋に入っている食器類は一番最後に処理する
スタンダードプリコーションに従って手袋・マスク・エプロンをして残菜を廃棄する
食器類の汚れをペーパータオル等でふきとり、ふきとったものは残菜と同様に廃棄する
残菜は調理室を通さずに洗浄室から外に出し捨てる
食器類はマニュアルに従って次亜塩素酸ナトリウム200ppm溶液で消毒する
塩素チェッカーで次亜塩素酸ナトリウム「200ppm」を確認する
次亜塩素酸ナトリウム溶液は作りおきをしない（30分以内に使用する）
その後、食器類は通常どおり洗浄機で洗浄し食器消毒保管庫で熱風乾燥させる
食器消毒保管庫の運転中は扉をあけない
運転中の温度が85℃に達温していることを確認する
食器類はきちんと乾燥させ水が残っていないことを確認して食器棚にしまう

2．配膳に関する約束事項（2007.6.15～実施）

感染があるために部屋に入ってはいけない患者様については「面会謝絶」の表示がされているので、調理作業従事者は「面会謝絶」の部屋には配膳しない。（入室しない）
必ずナースステーションに声をかけ、看護師・看護補助の方に配膳してもらう。

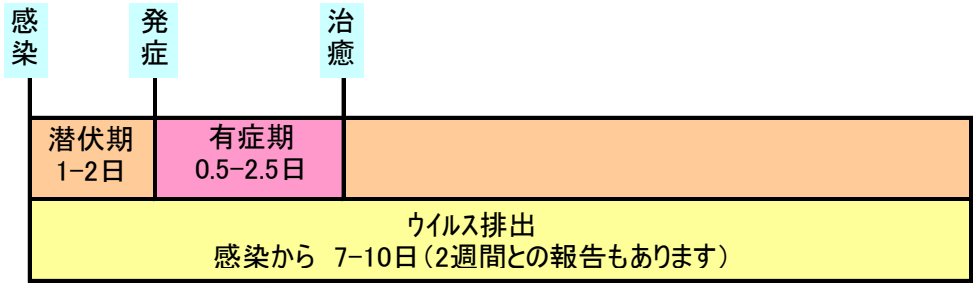
〔ご協力のお願い〕
入院患者に食中毒・感染症が集団発生した場合、原因食品・原因物質が特定されていなくても、保健所と協議のうえ、院内の病院給食施設での業務を自主的に休止することになります。
また、食中毒と決定した場合には、食事の供給停止（又は営業停止）等の処分があります。
（この場合、患者給食の提供を優先するため、2階職員食堂の営業も出来なくなります）
汚染の拡大を防止するため「嘔吐物」があった場合には、適切な処理をお願い致します。

ノロウイルス発生時の対応

平成 20 年 12 月 16 日

（はじめに）
以前は、小型球形ウイルスと言われていました。
高齢者などでは、脱水、吐物の誤嚥による死亡報告例があります。
下痢便中のノロウイルスのウイルス量は、ロタウイルスのそれよりも少ないのですが、わずかなウイルス量でも感染するとされる感染力の強いウイルスです。
迅速キットの感度はＰＣＲと比較したとき、73.6～81.6%程度です。陰性はノロウイルスを否定しきれません。
標準予防策、接触感染予防策に加えて、空気感染予防策（マスクの着用はN95でなくていい）も実施してください。
吐物が乾燥して、吐物中のウイルスが舞いあがり、鼻からの感染経路もあるとされますが、主に、経口感染です。何かを喫食する前、喫食させる前の手洗いを励行してください。
消毒は、次亜塩素酸ナトリウムが推奨されています。アルコール２度拭きも効果があるとされます。

感染、発症、治癒、ウイルス排出の期間の概要は以下のようです。



（隔離基準と隔離解除基準）

ノロウイルス疑い患者の発生or入院

↓ 原則的に、個室隔離or集団隔離（コホート隔離）とする。

隔離基準

季節がら流行時期である。地域的あるいは周囲で流行している。
ノロウイルスによると思われる嘔気、嘔吐がある。
頻回の下痢がある。

解除基準

嘔吐、下痢がおさまり、症状が改善した。

- ▶ 症状改善72時間（3日）以内※
  歯磨き、うがい、手洗いなど、自分で日常的な清潔を保つことができる。
  自分で、便器で、排便できる。
- ▶ 症状改善72時間（3日）以降

※ 症状改善後、72時間は、ウイルスを排出しているとされています。患者様の年齢や状態、意向を確認し、病棟の空床状況などを考慮して、医師と話し合い現状に応じて決定してください。

ノロウイルスについての現段階でのマニュアルです。
（情報や、検査性能等、今後変わってくる内容については、随時検討し、その都度、マニュアル修正していく必要があります。）

【インフルエンザの対応マニュアル】

平成 26 年 2 月 12 日

＜予防について＞

インフルエンザワクチン接種

毎年の流行シーズンが始まる前に、職員は特に禁忌がない限りワクチン接種を済ませておく。非常勤職員、委託業者などにもワクチン接種を勧める。患者に対しても特に禁忌がない限りワクチン接種を勧める。

標準予防策の遵守

インフルエンザは飛沫感染なので、患者が臨床症状からインフルエンザが疑われる時は、標準予防策と飛沫感染予防策を適応する。患者の鼻腔から検体を採取する時は、実施者は咳嗽やくしゃみにより飛沫を浴びる可能性が高いのでサージカルマスクとゴーグルを着用することが望ましい。

インフルエンザが流行する11月～3月頃までは、来院する患者および全ての面会者には、マスクの着用の協力をお願いする。

＜発生時の対応について＞

入院患者に発生したときの対応

1)　院内感染の防止

インフルエンザ迅速診断キットで陽性と出た場合は、原則として個室とする。または、同型のインフルエンザ患者を同室に集めるコホート隔離とし、抗インフルエンザ薬（タミフルなど）で速やかに治療を開始する。（±の場合も陽性の扱いをする）　陽性の患者と同室の患者全員にもインフルエンザの迅速診断を行い、予防的に抗インフルエンザ薬を開始する。（成人：タミフル処方　１カプセル：１×7日間）

2)　発生届け

病棟責任者は、速やかにインフルエンザ発生届けを記入し、感染委員長に届け出る。

3)　減免について

インフルエンザ（－）の場合、予防投与で処方された抗インフルエンザ薬は病院負担とする。（＋）の場合の投与は患者負担とする。但し、主治医・病棟課長の判断で院内感染と判断される場合は除く。病棟責任者は、発生届を提出すると共に医事課長に連絡する。

4)　隔離の解除

抗インフルエンザ薬開始後、熱などの症状に応じ主治医の判断で解除とする。隔離解除となっても72時間はサージカルマスクを着用するよう指導する。

職員に発生したときの対応

1)　院内感染の防止

インフルエンザが疑われる症状がある場合は、速やかに外来受診し、迅速診断を受ける。陽性と出た場合は抗インフルエンザ薬で速やかに治療を開始する。担当部署の責任者は原則としてその職員を休ませ、解熱後少なくとも24時間（推奨48時間）は自宅療養とする。熱がない場合でも24時間は自宅療養とする。

発生届け

担当部署の責任者は、速やかにインフルエンザ発生届けを記入し、感染委員長に届け出る。（新型インフルエンザの発生時のみ）

出勤について

解熱後少なくとも24時間（推奨48時間）は自宅療養し、出勤後も5日間はサージカルマスクを着用する。

＜流行感染症に対するマスク着用について＞

平成 19 年 3 月 12 日

流行感染症の発生する時期（11月～3月）の院内におけるマスク着用については以下の表に沿って実施する。

△：サージカルマスク自発的
○：サージカルマスク指示
◎：簡易PPE（personal protective equipment）指示
＊簡易PPEとはゴーグル・N95マスク・ガウン・手袋のキット

			全職員	患者対応者	患者・面会者
インフルエンザ	流行期			△	○
インフルエンザ	大流行の兆し		△	○	○
新型インフルエンザ	フェーズ	3	△	◎	○
新型インフルエンザ	フェーズ	4A 5A 6A	○	◎	○
新型インフルエンザ	フェーズ	4B 5B	○	◎	○
新型インフルエンザ	フェーズ	6B	○	◎	○
SARS	流行の兆し		△	◎	○

全職員　　：直接患者と接する事のない部署の職員及び非常勤職員・委託業者を含む全ての職員

患者対応者　：直接患者と対応する部署の職員・非常勤職員・委託業者

患者・面会者：外来に来院する患者・及び診察・検査等以外で来院する家族・面会者

平成 27 年 6 月 8 日

クロストリジウム・ディフィシル関連下痢症/腸炎

＜疾患＞
・抗菌薬投与後における感染性下痢症の最も多い原因菌。多くは軽症の下痢症で、数%にイレウス・巨大結腸症、偽膜性腸炎など重篤な転帰となる。

＜微生物学の知識＞
・偏性嫌気性、芽胞形成性のグラム陽性桿菌

＜検査方法＞
・CD トキシンの迅速検査を行う
・偏性嫌気性菌のため、培養検査の場合は嫌気培養が必要。

＜検査実施の目安＞
以下の場合は CDI を疑い、CD トキシン検査を検討
①1 日に 5 回以上の水様性下痢
②抗菌薬関連下痢症を疑う
③他に下痢を発症する要因がない
④交叉感染の可能性がある

＜感染経路＞
・抗菌薬投与により菌交代現象が起こり発症。
・医療従事者の手指、環境を介した接触感染

＜潜伏期間＞
・発症する場合は、1～2 日程度、長くても 1 週間以内ともいわれる
・抗菌薬投与開始後 4～9 日目での発症が多いが、抗菌薬終了後 8 週間以上経過して発症することもある。

＜感染可能性期間＞
・不明（下痢症状のある場合に感染力が強いが、無症候性保菌者も感染源になりうる）

＜消毒薬＞
・芽胞形成性のためアルコールは無効。（適応薬品の濃度・用途は p.25～26 を参照）
・手指衛生は「流水と石けんによる手洗い」を実施

＜治療・個室管理＞
・p.53 および p.54 の治療・個室管理フローチャートを参照

平成 27 年 6 月 8 日

治療フローチャート

2015年　　月　　日　　F　　号室　　氏名：　　ID：

CDトキシン（＋）

抗菌薬の中止を検討

□再発（6ヶ月以内に3回以上の発症）
□重症

重症度基準の参考例（下記のうち2項目以上該当で重症）
□①年齢＞60歳
□②体温＞38.3℃
□③血清Alb濃度＜2.5g/dL
□④WBC＞15,000/μL

電子カルテでセット入力が可能です

①医師セット　→　②共通　→　③CDトキシン　→　④各セットを選択

該当せず

□Aセット
①メトロニダゾール500mg×3（14日分）
②ラックビー　1g×3

□Bセット（腎機能低下時　Ccr＜10mL/min）
①メトロニダゾール250mg×3（14日分）
②ラックビー　1g×3

□Cセット（透析患者）
①メトロニダゾール250mg×3（14日間）
②ラックビー　1g×3
※昼・夕・寝前

改善（＋）

改善（－）

該当

□Dセット
①バンコマイシン125mg×4（14日分）
②単シロップ　2ml×4
③ラックビー　1g×3

改善（＋）

改善（－）

□Eセット
①バンコマイシン500mg×4（14日分）
②単シロップ　4ml×4
②ラックビー　1g×3

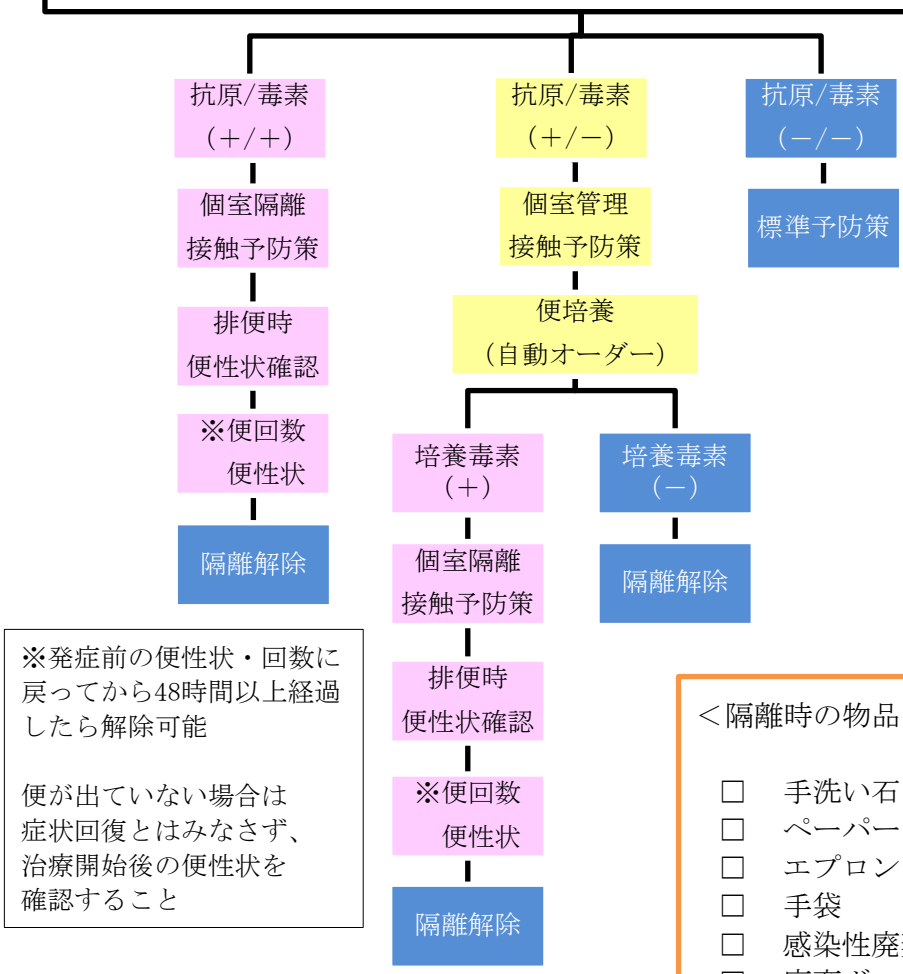
改善（＋）

再発を繰り返す場合

漸減療法（ICTにご相談ください）
10～14日間の治療後に
1週目：125mg×2
2週目：125mg×1
3週目：125mg×1/48hr
4週目125mg×1/72hr
（5回投与で終了）

個室管理フローチャート

2015年　　月　　日　　F　　号室　　氏名：　　ID：



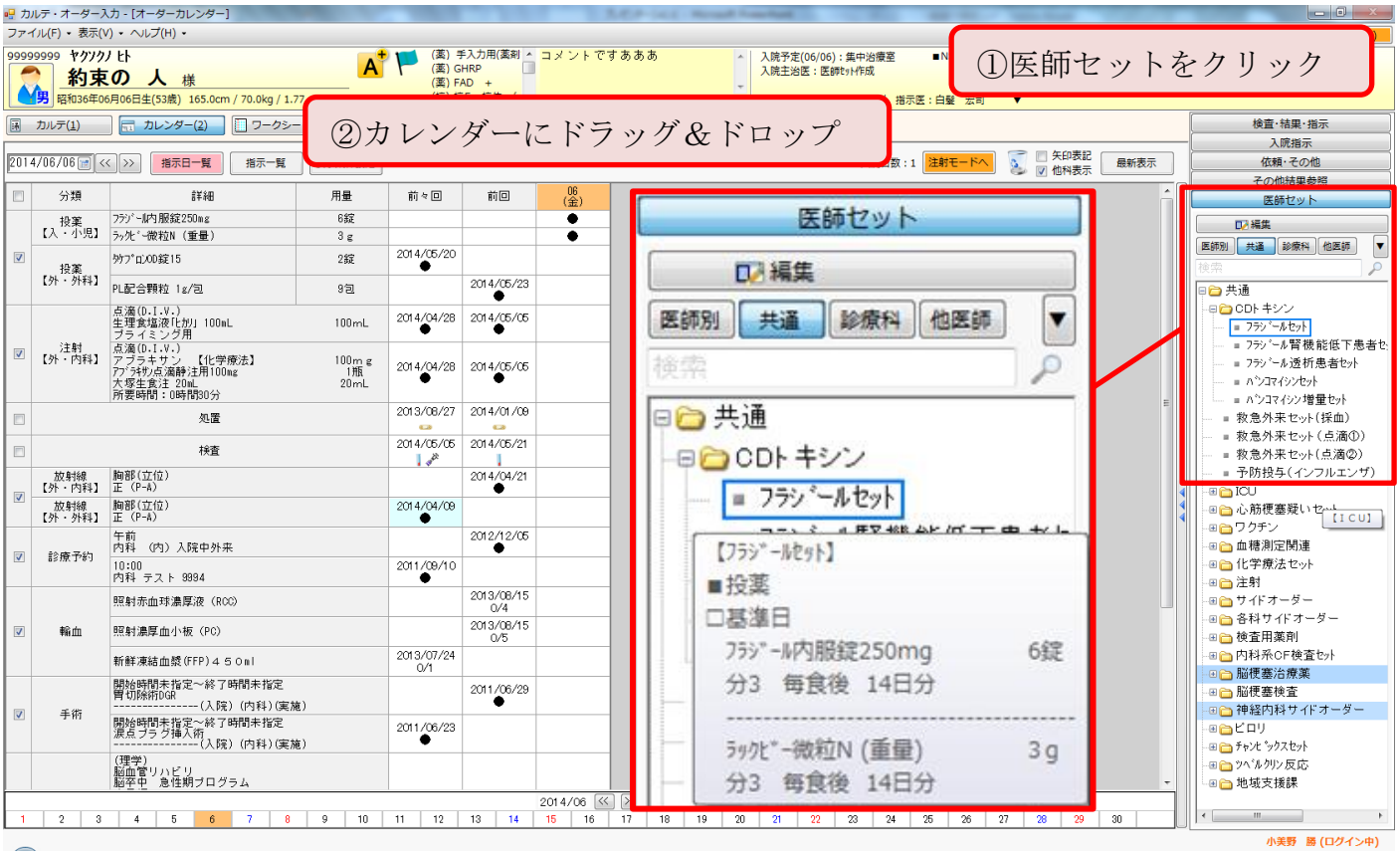
※発症前の便性状・回数に戻ってから48時間以上経過したら解除可能

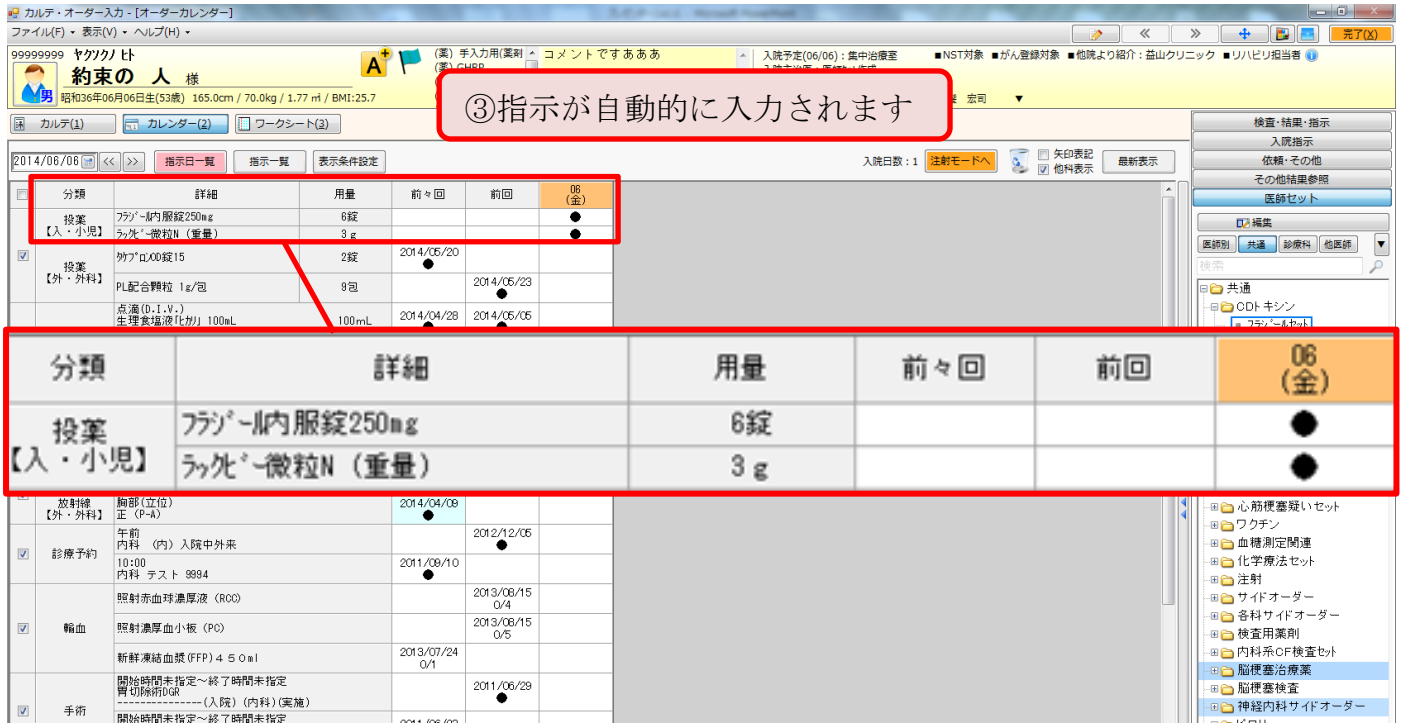
便が出ていない場合は症状回復とはみなさず、治療開始後の便性状を確認すること

＜隔離時の物品チェックリスト＞

- □ 手洗い石けん
- □ ペーパータオル
- □ エプロン
- □ 手袋
- □ 感染性廃棄ボックス
- □ 廃棄ボックス用フットペダル
- □ ルビスタ
- □ 血圧計・ステート等
- □ （　　）

CDI抗菌薬セット　オーダー方法





アウトブレイク対応マニュアル

○アウトブレイクの定義

① 同一病棟内で同一菌種による感染症の集積がみられ、疫学的にアウトブレイクが疑われると判断した場合、緊急院内感染対策委員会又はICTを開催し、1週間以内を目安にアウトブレイクに対する院内感染対策を策定かつ実施する。

② アウトブレイクを疑う基準

- 一例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例（※）が3例以上特定された場合
- 院内において同一菌株と思われる感染症の発病症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等：※）が計3例以上特定された場合
- 同一の医療関連感染が通常予測される頻度より統計学的に有意に高い頻度で発生した場合
- 同一の微生物検体分離が通常より統計学的に有意に多く発生した場合
- 通常関連する医療関連感染が2例以上発生した場合
- 発生しないような特殊な微生物あるいは特殊な状況による医療関連感染が1例以上発生した場合

○相談・支援体制

① アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例（※）を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があると判断し、速やかに地域ネットワークに参加する医療機関等の専門家（埼玉県院内感染防止相談窓口：埼玉医科大学病院　院内感染対策室　049-276-2150 など）に支援を依頼する。

② 院内感染対策を講じた後、感染症の発病症例（※）が多数に昇場合（目安として 10 名以上となった場合）または院内感染事案と因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所（幸手保健所　0480-42-1101）に速やかに報告する。

③ 上記に至らない時点においても、必要に応じて保健所に連絡・相談する。

※以下の4菌種は発病症例だけでなく保菌者も含む

- バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）
- 多剤耐性緑膿菌（MDRP）
- バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）
- 多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（*Acinetobacter baumannii*）

○医療施設内でアウトブレイクを起こしやすい感染症

① 接触感染（医療行為・医療器具・水回り・浴室・汚物処理室）
MRSA、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、MDRP（多剤耐性緑膿菌）
ESBL、クロストリジウム・ディフィシル、セラチア、疥癬
腸管出血性大腸菌、流行性角結膜炎など

② エアロゾル・汚染水誤飲（空調、24時間風呂・シャワー）
レジオネラ

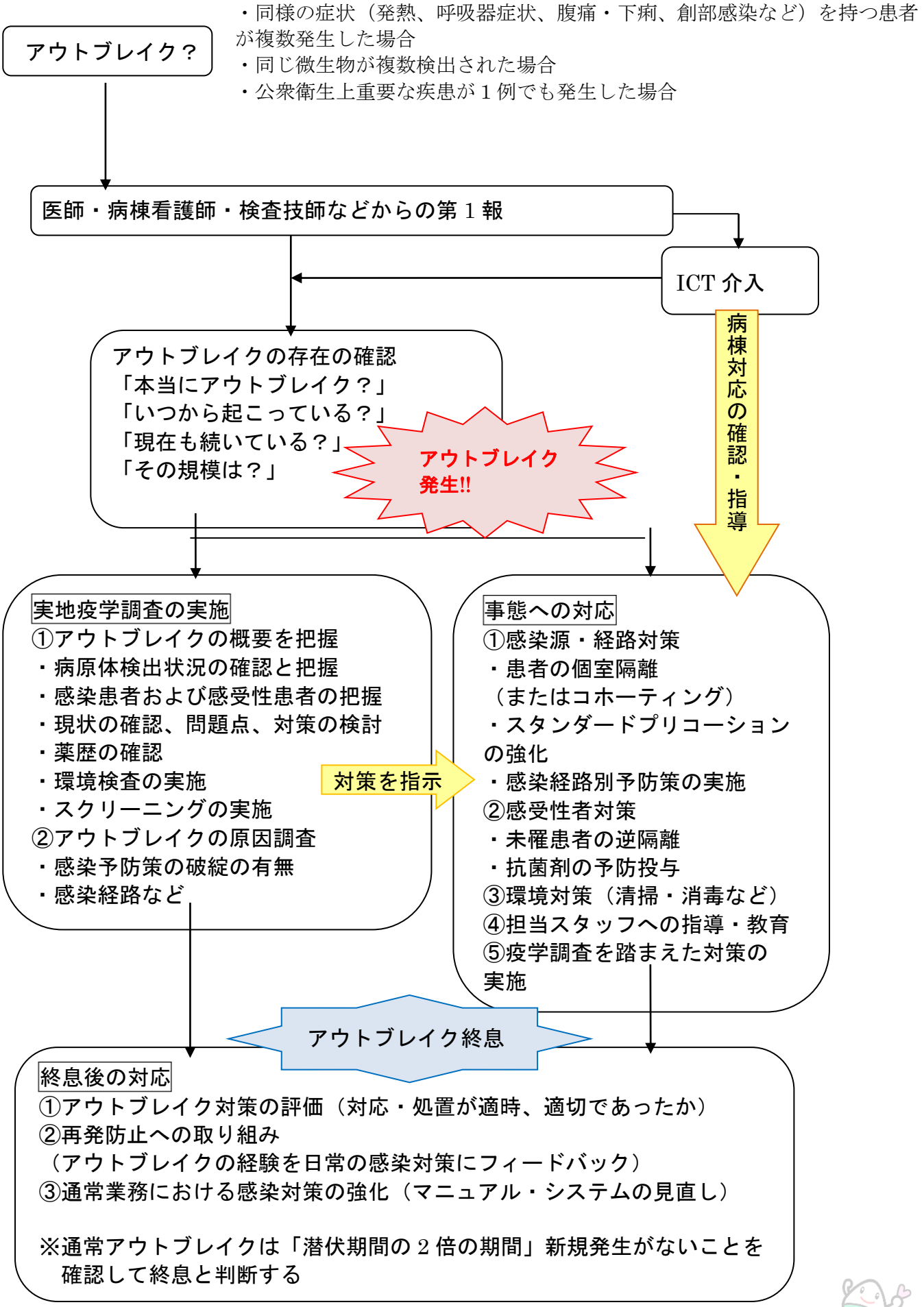
③ 飛沫感染（患者）
インフルエンザ、風疹

④ 空気感染（患者）
結核、麻疹、水痘

○個室隔離について

耐性ではないが緑膿菌やセラチアやアシネトバクター、非チフス性サルモネラの隔離が必要かどうかについては、ＭＲＳＡの個室隔離基準と同様に、本人の状態、周囲に入院する患者の状況、空床状況、流行期かどうかなど個々に判断し決める。必要であれば、やはり個室への移動が必要であり、本人の意思確認が取れない場合は、病棟の判断で個室へ移動することもやむを得ない。

○アウトブレイク発生時の流れ



急性灰白髄炎（ポリオ）の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	糞便や感染初期の咽頭拭い液 ポリオウイルスの感染により脊髄前角細胞に病変を起こし、発熱・髄膜炎症状・弛緩性麻痺の出現 後遺症として麻痺を残す 主に経口感染 接触や感染者の咽頭からの飛沫感染も報告されている 潜伏期間：7～21 日（通常 7～12 日） 感染可能期間：潜伏期の後期～急性期初めの数日間
2.事務手続き	2 類感染症 直ちに最寄りの保健所へ届出（無症状病原体保有者を含む）
3.手指消毒	入室前は手洗いまたは手指消毒薬をする 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、流水で手洗いを行う 手指消毒を行った後に次の患者に触れるようにする
4.個人防護具	患者に診察・処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・ゴーグルを着用する
5.看護用品、医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り患者専用とする エタノールまたは 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	リネン類は 80℃10 分間の熱水洗濯又は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分浸漬する 汚染された物は定められたビニール袋に入れ、バイオハザードマークシールを貼り病棟名と汚染物質を明記し、専用のラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	ベッド周囲はエタノール又は 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭する
8.食器の取り扱い	80℃10 分間の熱水消毒または 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分間浸漬する
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	急性期には全身清拭 全身状態によっては入浴 手洗いの励行（特に排便後）
11.他部門への移動 取り扱い	他部門へ移動する際には、サージカルマスクを着用して移動する 1)CT・MRI・その他の検査・・・予約する際に感染名を伝えておく 2)内視鏡・・・緊急時以外は行わない 実施する場合は、その日の最後に行う 3)高気圧酸素・・・伝票に感染名を記載する 4)リハビリテーション・・・時間帯を区別して行う 5)他科受診・・・外来受診の場合は、時間帯を区別して行う 依頼伝票に感染名を明記する
12.外出	医師の許可に応じて行う
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として入室させない ただし一般病棟での治療･看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合は、感染対策委員会及び、集中治療室の課長と相談したうえで、集中治療室の個室に収容する
15.家族への説明	医師より感染についての説明を行う
16.医療従事者について	ワクチンの予防接種を受け、抗体を保有していれば感染する可能性はない
17.退院後の病室の清掃	0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭する

結核患者の感染予防

平成 23 年 1 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	痰からガフキーが検出された場合は、医師が判断し課長と相談の上速やかに専門病院へ転院の準備をする ＰＣＲ検査で結核陽性の報告があったら転院させる 転院までの間は、個室（陰圧室）管理とする 尚、胃液又は尿から検出された場合は外来通院でもよい 結核菌は本人の疾患によるものである為、減免適応にはならないが、2 類感染症であるので、国や県からの公費負担を受けられる 疑わしい場合には検査結果が出るまで個室（陰圧室）管理とする これらについて医師から家族へも説明をする
2.事務手続き	胸部レントゲン、喀痰の抗酸菌検査の結果で結核菌の検出があった場合は専門病院への転院手続きをとる 報告ルート ＊【1、2、3、4、5 類感染症発生届の流れ】参照＊ 保健所への届出は直ちに行うこと
3.手指消毒	入室前に手指消毒剤にて手指の消毒をする 退室後石鹸にて手洗いを施行する
4. 個人防護具	ガウンテクニックは必要ない 職員、見舞客が入室する時は、菌を吸い込まない目的で N95 マスクを着用 N95 マスクは 1 日 1 個とする 患者が部屋から出る時は、排菌させない目的でサージカルマスクを着用する
5.看護用品、医療機器の取り扱い	患者の健常皮膚に触れるだけの器物（リネン、電話、壁等）は、通常のエタノールによる清拭、洗浄のみでよい 患者の体内部位に直接接触する器具は、滅菌消毒 患者の粘膜に接触する器具（内視鏡等）は、可能な物は滅菌消毒 ＊9　内視鏡室 洗浄・消毒マニュアル（気管支鏡編）参照＊ 出来る限りディスポーザブルを使用する
6.汚物リネンの取り扱い	通常の洗浄のみでよい
7.病室の清掃と消毒	病室内は陰圧機能が作動している間の換気は行わない ＊陰圧室運用手順参照＊ 清掃は N95 マスク、手袋着用し行う ベッド周囲は汚れがある場合は取り除いてから、エタノールで清拭する
8.食器の取り扱い	区別の必要ない 病棟での消毒も不必要
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄物 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する 喀痰はビニール袋に入れ、密封してから廃棄
10.身体の清潔	使用したタオルは通常通りの処理で良い 陰圧室として使用している場合、部屋の浴室は使用できないため身体の清潔は清拭とする 共同浴室の使用は避ける
11.他部門への移動	予約を依頼する際には、結核陽性者であることを伝える 患者が部屋を出る際にはサージカルマスクを着用する 検査の実施、介助を行う医療従事者は必ず N95 マスクを着用する 1）ＣＴ、ＭＲＩその他の放射線科の検査 一般患者と同様に行うが、原則として一日の最後に行う 2）内視鏡 一般患者と同様に行うが、検査施行者はＮ95 マスク、ビニールエプロン、帽子、ゴム手袋を着用する ＊内視鏡室マニュアルより抜粋の項参照＊

	3）高圧酸素 基本的に行わない 4）リハビリテーション 基本的に行わない 5）他科受診 原則として往診とする 外来受診の場合は時間帯を調整の上、診察室で行う 他科依頼連絡票（短冊）に結核陽性と記載する
12.外出	主治医の許可があればよい 退院時はマスクの使用や生活の注意点について医師に確認する
13.手術	手術室マニュアル参照
14.集中治療室	病棟と同様
15.家族への説明	患者の衣類（健常皮膚に触れたもの）は通常の洗浄でよい 面会の時は必ずN95マスクを着用する
16.医療従事者について	新規採用職員はツベルクリン反応を必ず記入する ※不明や未実施者は検査を行って書類提出する ツ反の結果は総務課が管理、要求に応じ検索可能 結核患者や結核疑い患者をツ反陰性者が担当する際は留意する 定期健診の確実な受診を順守する 感染防止の為、菌陽性患者または疑いのある患者の部屋に入る時、内視鏡検査施行時はN95マスクを着用する 接触者検診は保健所より要請があった場合には、職員に対しクウォンティフェロン検査を行う ※クウォンティフェロン検査はウィンドウ期を考慮し、接触から2ケ月後に実施
17.退院後の部屋の清掃	病室内は1～2時間換気する 1時間の換気後清掃に入り、清掃中も換気を続け2時間経過させる カーテンは交換する マットの上にマットレスパット、防水シーツを敷いて、使用後は防水シーツを廃棄し、マットレスパットを交換する

ジフテリア菌の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	確定診断は、咽頭ぬぐい液の塗抹標本か培養 ジフテリア菌は､菌が侵入する部位によって鼻ジフテリア､咽頭ジフテリア､皮膚ジフテリアに分けられる 鼻ジフテリアは､乳児に多い一側の漿液性分泌物が特徴で､後鼻部に病変がある時は、院棟に拡大しやすい 咽頭ジフテリアは乳児や学童に多い 咽頭の偽膜形成が特徴で、気道閉塞、嗄声、犬吠様の咳、呼吸困難、まれに肺炎像も現れる 皮膚ジフテリアは､熱傷､擦り傷から侵入したジフテリア菌が皮膚で増殖したもの打ち抜いたような潰瘍を呈する 20%は鼻咽頭のジフテリアを合併する 5%は毒素による心筋炎や末梢神経炎を呈する 原則として個室管理が望ましい 抗菌薬服用中止後 24 時間以上を経過した後に､24 時間以上の隔離を置いた連続 2 回の咽頭ぬぐい液によって病原体が検出されないときは､除菌と判断する
2.事務手続き	2 類感染症 直ちに最寄りの保健所へ届出（無症状病原体保有者を含む）
3.手指消毒	入室前は手洗いまたは手指消毒薬をする 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、流水で手洗いを行う 手指消毒を行った後に次の患者に触れるようにする
4.個人防護具	飛沫感染および接触感染なので、入室時はサージカルマスクを着用する 患者に診察･処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・アイプロテクションを着用する
5.看護用品･医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り患者専用とする 超音波ネブライザーは患者専用とし､使用後 0.01%次亜塩素酸ナトリウム液に 1 時間浸漬する
6.汚染リネンの取り扱い	リネン類は 80℃10 分間の熱水洗濯又は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分浸漬する 汚染した物は定められたビニール袋に入れ､バイオハザードマークシールを貼り、病棟名と汚染物質を明記し専用のラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	エタノール又は 0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する
8.食器の取り扱い	通常の洗浄とする
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	入浴は、感染症状がなければ制限しない
11.他部門への移動・取り扱い	他部門へ移動する際には、サージカルマスクを着用して移動する 1)CT・MRI・その他の検査・・・予約する際に感染名を伝えておく 2)内視鏡・・・緊急時以外は行わない 実施する場合は、その日の最後に行う 3)高気圧酸素・・・原則として行わない 4)リハビリテーション・・・時間帯を区別して行う 5)他科受診・・・外来受診の場合は、時間帯を区別して行う 依頼伝票に感染名を明記する
12.外出	医師の許可に応じて行う
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として入室させない ただし一般病棟での治療･看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合は、感染対策委員会及び集中治療室の課長と相談したうえで、集中

	治療室の個室に収容する
15.家族への説明	接触者は咽頭・鼻腔ぬぐい液の培養を行い、1週間の健康観察とする 感染が疑われる濃厚接触者は、予防内服を行うことがある 集団感染の場合は、ジフテリアトキソイドによる追加免疫を考慮する
16.医療従事者について	何らかの理由でDPT三種混合ワクチンを接種していない者は､患者に接触しないようにする ワクチンを接種した成人でも、できればSchickテストを行って血液中の抗毒素抗体の量を調べることが望ましい
17.退院後の病室の清掃	エタノール又は0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する

コレラの感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	便培養で病原体を検出した場合、(コレラ菌又は V.cholerae0139 を分離・同定し、かつコレラ毒素産生性あるいはコレラ毒素遺伝子の保有が確認された場合）渡航歴の有無、発熱、腹痛の部位、下痢（米のとぎ汁様）の症状があれば、コレラを鑑別する必要あり 潜伏期間：1～3 日（通常 1 日前後） 感染可能期間：治療しない場合は数週間にわたって、便からコレラ菌を排泄する 隔離解除については～感染症の病原体を保有していないことの確認方法について～参照
2.事務手続き	3 類感染症 直ちに保健所へ届出（保健所長を経由して都道府県知事に届出ることとなる）
3.手指消毒	入室前は手洗いまたは手指消毒薬をする 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、流水で手洗いを行う 手指消毒を行った後に次の患者に触れるようにする
4.個人防護具	患者に診察・処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・ゴーグルを着用する
5.看護用品・医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り患者専用とする エタノールまたは 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	リネン類は 80℃10 分間の熱水洗濯又は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分浸漬する 汚染された物は定められたビニール袋に入れ、バイオハザードマークシールを貼り病棟名と汚染物質を明記し、専用のラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	エタノール清拭または 0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する
8.食器の取り扱い	食事は症状に応じる 食器は 80℃10 分間の熱水消毒を行う
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	急性期には全身清拭。下痢症状が強くなければ、専用のシャワーなど使用可 手洗いの励行（特に排便後）
11.他部門への移動・取り扱い	他部門へ移動する際には、サージカルマスクを着用して移動する 1)CT・MRI・その他の検査・・・予約する際に感染名を伝えておく 2)内視鏡・・・感染名を伝える 3)高気圧酸素・・・伝票に感染名を記載する 4)リハビリテーション・・・時間帯を区別して行う 5)他科受診・・・外来受診の場合は、時間帯を区別して行う 依頼伝票に感染名を明記する
12.外出	医師の許可に応じて行う
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として入室させない ただし一般病棟での治療・看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合は、感染対策委員会及び、集中治療室の課長と相談したうえで、集中治療室の個室に収容する
15.家族への説明	医師より感染についての説明を行う
16.医療従事者について	患者接触前後の手洗いが重要
17.退院後の病室の清掃	エタノール清拭または 0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する

赤痢の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	1 日数回から数十回程度の下痢、粘血便 便培養で判定する 8 割以上が軽度の下痢で、38～39℃の発熱が出現する 隔離解除については～感染症の病原体を保有していないことの確認方法について～参照
2.事務手続き	3 類感染症 ・直ちに最寄りの保健所へ届出（無症状病原体保有者を含む）
3.手指消毒	入室前は手洗いまたは手指消毒薬をする 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、流水で手洗いを行う 手指消毒を行った後に次の患者に触れるようにする
4.個人防護具	患者に診察・処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・ゴーグルを着用する
5.看護用品･医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り患者専用とする エタノールまたは 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	リネン類は 80℃10 分間の熱水洗濯又は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分浸漬する 汚染された物は定められたビニール袋に入れ､バイオハザードマークシールを貼り病棟名と汚染物質を明記し、専用のラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	ベッド周囲、床はエタノール又は 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭する 病室清掃の最後とする
8.食器の取り扱い	通常の洗浄とする
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て捨てる
10.身体の清潔	急性期には全身清拭。全身状態によっては入浴手洗いの励行（特に排便後）
11.他部門への移動・取り扱い	他部門へ移動する際には、サージカルマスクを着用して移動する 1)CT・MRI・その他の検査・・・予約する際に感染名を伝えておく 2)内視鏡・・・緊急時以外は行わない 実施する場合は、その日の最後に行う 3)高気圧酸素・・・伝票に感染名を記載する 4)リハビリテーション・・・時間帯を区別して行う 5)他科受診・・・外来受診の場合は、時間帯を区別して行う 依頼伝票に感染名を明記する
12.外出	医師の許可に応じて行う
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として入室させない ただし一般病棟での治療･看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合は、感染対策委員会及び、集中治療室の課長と相談したうえで、集中治療室の個室に収容する
15.家族への説明	医師より感染についての説明を行う
16.医療従事者について	接触経口感染なので、患者と接するたびに十分な手洗いをする
17.退院後の病室の清掃	エタノール又は 0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する

腸管出血性大腸菌感染症（O-157 等）患者の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	3～5 日の潜伏期をおいて頻回の水様便で発症 さらに激しい腹痛を伴い、まもなく著しい血便になることがある 熱はあっても一過性である 検査所見（血液）･･･軽度の炎症、合併症が始まるまでは特徴的なものはない　　（エコー）･･･結腸壁の著しい肥厚がみられる 合併症･･･下痢などの初期症状発現の数日から 2 週間以内（多くは 5～7 日）に、溶血性尿毒症症候群を合併する 隔離･･･症状により決定する 隔離解除については～感染症の病原体を保有していないことの確認方法について～参照
2.事務手続き	直ちに主治医が所定の用紙に記入の上、感染対策委員長へ報告する 病棟課長は看護部長に報告する 夜間・休日はリーダーが責任看護師に報告する 医師が最寄りの保健所へ届け出る
3.手指消毒	入室前は手洗いまたは手指消毒薬をする 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、流水で手洗いを行う 手指消毒を行った後に次の患者に触れるようにする
4.個人防護具	患者に診察・処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・ゴーグルを着用する
5.看護用品･医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り患者専用とする エタノールまたは 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	リネン類は 80℃10 分間の熱水洗濯又は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分浸漬する 汚染されたものは定められたビニール袋に入れ､バイオハザードマークシールを貼り、病棟名と汚染物質を明記し専用ラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	病室の消毒は原則必要ない 排便時に便器・ポータブルトイレ等を使用した場合は、エタノール消毒または 0.05%次亜塩素酸ナトリウムで消毒する 排便後、トイレ槽に 10%塩化ベンザルコニウム液を 100ml 注ぎ、5 分間以上放置してから流す
8.食器の取り扱い	通常の洗浄とする
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	浴槽につからず、シャワーまたは掛け湯を行う バスタオル等は専用として、共有しない
11.他部門への移動・取り扱い	他部門へ移動する際には、サージカルマスクを着用して移動する 1)CT・MRI・その他の検査・・・予約する際に感染名を伝えておく 2)内視鏡・・・緊急時以外は行わない 実施する場合は、その日の最後に行う 3)高気圧酸素・・・原則として行わない 4)リハビリテーション・・・時間帯を区別して行う 5)他科受診・・・外来受診の場合は、時間帯を区別して行う 依頼伝票に感染名を明記する
12.外出	医師の許可に応じて行う
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として入室させない ただし一般病棟での治療･看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合は、感染対策委員会及び、集中治療室の課長と相談したうえで、集中治療室の個室に収容する

15. 家族への説明	医師より感染についての説明を行う 患者の衣類については家族と区別して洗濯し、80℃以上のお湯で 10 分間消毒するよう指導する
16. 医療従事者について	感染予防に留意する 手指衛生を励行する
17. 退院後の病室の清掃	通常の清掃でよい ただし便などで汚染した場合は、エタノール消毒や 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒する

腸チフス・パラチフス患者の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	7～14 日間の潜伏期間 飲食物や水などを介して経口感染する 接触感染のため、個室隔離を要する 排菌中は感染しうる 40℃以上の発熱やバラ疹と呼ばれる躯幹の小丘疹、高熱時にも 100 回/分以下の頻脈、脾腫、白血球減少などがみられる。 確定診断には菌の検出が必須で、血液培養、便培養、尿培養、骨髄培養から診断される 症状は下痢や便秘、鼓腸、腸出血など病期により腸管病変が変化する 2～3 病週にかけて腸出血を起こしやすく、この時期の腹部所見や便性状をよく観察する 出血性ショックには腸穿孔による腹膜炎の際には緊急処置を要する 診断時には、患者家族や介護者、看護者など二次感染を考慮する 隔離解除については～感染症の病原体を保有していないことの確認方法について～参照
2.事務手続き	3 類感染症 直ちに最寄りの保健所へ届出（疑似症患者・無症状病原体保有者を含む）
3.手指消毒	入室前は手洗いまたは手指消毒薬をする 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、流水で手洗いを行う 手指消毒を行った後に次の患者に触れるようにする
4.個人防護具	患者に診察・処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・ゴーグルを着用する
5.看護用品・医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り患者専用とする エタノールまたは 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	リネン類は 80℃10 分間の熱水洗濯又は 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液に 30 分浸漬する 汚染された物は定められたビニール袋に入れ､バイオハザードマークシールを貼り病棟名と汚染物質を明記し、専用のラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	エタノール又は 0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する 便器はベッドパンウォッシャーで消毒する 排便後、トイレ槽に 10%塩化ベンザルコニウム液を 100ml 注ぎ、5 分間以上放置してから流す
8.食器の取り扱い	通常の洗浄とする
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	入浴は、シャワーか掛け湯とする
11.他部門への移動・取り扱い	・他部門へ移動する際には、サージカルマスクを着用して移動する 1)CT・MRI・その他の検査・・・予約する際に感染名を伝えておく 2)内視鏡・・・緊急時以外は行わない 実施する場合は、その日の最後に行う 3)高気圧酸素・・・原則として行わない 4)リハビリテーション・・・時間帯を区別して行う 5)他科受診・・・外来受診の場合は、時間帯を区別して行う 依頼伝票に感染名を明記する
12.外出	医師の許可に応じて行う
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として入室させない ただし一般病棟での治療･看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合は、感染対策委員会及び、集中治療室の課長と相談し

	たうえで、集中治療室の個室に収容する
15.家族への説明	経口感染なので、手洗いの重要性を認識してもらう 特に排便後は手を介してコックやドアノブに菌が付着するので､下着をあげる前に手を洗う トイレの中に手洗い場がない場合は､ウエットティッシュなどを常備しておく 乳幼児や高齢者がいる家庭では、消毒液を含ませたもので清拭する 便、血液、尿で汚染された寝具、リネン類、寝衣は、80℃10 分間の洗濯処理か、家庭用の次亜塩素酸系漂白剤を使用する 天日感想でも十分な消毒になる 使用した食器は、80℃10 分間の熱水消毒を行う
16.医療従事者について	菌の媒介にならないよう感染防止に努める
17.退院後の病室の清掃	エタノール又は 0.2%塩化ベンザルコニウム液で清拭する

※非チフス性サルモネラの場合は、届出基準以外を以上に準じて実施する

HB、HCV 陽性患者の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	採血の結果 HB 抗原陽性、HCV 抗体陽性で判定する 急性期で HBe 抗原陽性、医師の指示があれば個室収容が望ましい
2.事務手続き	外来カルテは患者情報用紙に情報を記入し、入院カルテは表紙の右上の決められたシールを貼る HB・黄色シール HCV・黄色シールに C と記入
3.手指消毒	血液と接触した場合、すぐに流水と石鹸でよく洗いペーパータオルを使用する 手洗い後エタプラスゲルにて消毒する
4. 個人防護具	患者の血液、排泄物に触れるときはグローブを使用するが、飛散により汚染や感染の恐れがある時には、グローブの他アイプロテクション、ビニールエプロンを使用する
5.看護用品・医療機器の取り扱い	血液や痰等がついたまま消毒してもたんぱく質が凝固して薬剤の効果が不十分になるので、流水で十分にすすいでから中央材料部へ出す
6.汚染リネンの取り扱い	病棟名となにで汚染されたのかビニール袋に記入し、バイオハザードマークシールを貼る 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	病室の消毒は原則として必要ない 床が血液で汚染された場合、汚れを取り除いた後汚染された場所を 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する
8.食器の取り扱い	他の患者と区別する必要はない 病棟での消毒も必要ない
9.ゴミの取り扱い	血液付着したものは、感染性医療廃棄 BOX へ廃棄する
10.身体の清潔	タオルは血液、排泄物で汚染されたらビニール袋に入れて、病棟名と感染名を記入し、バイオハザードマークシールを貼り専用ラックに入れる 1 日 1 回補助が汚染リネン庫に運ぶ
11.他部門への移動	1)CT、MRI、その他の放射線の検査 血液汚染の可能性がある場合には HB、HCV である事を伝える 入院カルテの表紙、外来カルテ患者情報用紙のシールにて確認する 2)内視鏡 HB、HCV であることを伝える 内視鏡室の手順に順ずる 3)高圧酸素 伝票に感染名を明記する 4)リハビリテーション 入院カルテの表紙、外来カルテ患者情報用紙のシールにて確認する 5)他科受診 血液汚染の可能性がある場合には他科依頼連絡票に感染名を記入する
12.外出	医師の許可があれば制限はしない
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に順ずる
14.集中治療室	病棟と同様
15.家族への説明	主治医から十分な説明を行い、プライバシーを尊重する 今後Ｂ型の場合は初感染で病初期なら療養をしっかり行えば治癒できること、いたずらに病気を蔓延させないようにする 慢性に移行しやすいものは療養生活が続くこと、家族の協力が必要であること、協力し合えば長期にわたり立派な社会生活が営めることなどをゆっくりと時間をかけて説明する 家族から患者への言動と医療者の言動を統一する
16.医療従事者について	針刺し事故を起こしたら、院内感染防止対策マニュアル「Ⅲ、針刺し・切創

	事故、血液・体液汚染事故後の対応」を参照
17. 退院後の部屋の消毒	通常の清掃でよい 血液などで汚染されているところがある場合は0.5～1%次亜塩素酸ナトリウム液で清掃する

MRSA 陽性患者の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	細菌検査室より MRSA 検出（喀痰培養検査陽性）の連絡があった場合は、直ちに個室隔離にする 病室が用意できない期間はカーテンで仕切る 培養検査が１回でも陰性となり医師の指示があれば除菌されたとみなし､隔離を解除する MRSA に感染する危険の高い患者（１年以内に入院した患者・特別養護老人ホームからの転院など）については、入院時にスクリーニング検査（咽頭・喀痰・尿・褥創その他の排膿部の培養）を行う ICU で MRSA 感染者（保菌者も含む）が発生した場合は可能な限り一般病棟に転出させる 病状により転棟が不可能な患者に対しては個室隔離を行い､病状が改善次第一般病棟へ転棟させる 外科病棟では保菌者を含めて個室管理を行うが､場合によっては大部屋管理となる事がある 内科病棟では易感染者に対し感染源となりうる患者の場合､医師の指示により隔離を行う 1）MRSA 腸炎の患者 2）気管切開をうけていて MRSA を常時気道から排出している患者 3）MRSA 肺炎など呼吸器感染症を発症し、喀痰の吸引処置を必要とする患者 4）火傷・手術創・褥創などの創部に MRSA が感染している患者 5）MRSA の保菌者で易感染者の場合には個々の症例毎に個室管理が必要かどうか検討し適応を決定する 個室隔離していた患者の病状が安定して､感染源となりうる可能性が低ければ、個室管理を解除する 内科系病棟で易感染者でない患者が保菌者の場合、個室管理の必要はない
2.事務手続き	MRSA 患者発生の病棟内連絡 医療従事者だけにわかる印（ピンクのシール）を入院カルテ表紙右上・シスコールのプレート･個室はシールを貼った面会謝絶のプレートをドアにつけ表示する 患者のプライバシーに配慮する MRSA が発生した場合は直ちに主治医が MRSA 新規発生報告書に記入の上、感染対策委員長へ報告・提出する 課長は看護部長に報告する 夜間・休日はリーダーが責任看護師に報告する 3）持ち込みの場合、個室利用料の減免はしない
3.手指消毒	入室前はエタノール液（エタプラスゲル）で手指の消毒を行う 診察、処置、介助などで患者に接触した後はハンドソープで手洗い、又は手指消毒を行う 消毒液で手を消毒した後に次の患者に触れるようにする
4. 個人防護具	患者に診察、処置介助のため接触する場合はビニールエプロンを使用する 毎回マスク、アイプロテクション着用は必要ない ただし、喀痰が多い患者や褥創など皮膚病変（血液・体液が飛散する場合）のある患者の場合はマスク・アイプロテクションを着用する
5.看護用具 医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り専用とする （血圧計・ステート・アルコール綿・体温計） 持ち出す場合、エタノール液で清拭する 汚染された金属製品、プラスチック、ガラス類はビニール袋に入れナースステーションに持ち帰る 流水で洗浄後、エタノール液で清拭する

6.汚染リネンの取り扱い	血液・分泌液で汚染した物は定められたビニール袋にいれ、病棟名と MRSA を明記し､バイオハザードマークシールを貼りリネン庫の専用ラックに入れる 1 日 1 回補助が汚染リネン庫に運ぶ カーテンは汚染が認められたときに交換する
7.病室の清掃と消毒	病室の消毒は原則として必要ない 血液、体液、排泄物、皮膚落屑物が飛散している場合は汚れを取り除いてから 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する 清拭はベッドメイキングの後に埃を立てないように行う
8.食器の取り扱い	特に他の患者と区別する必要がない 病棟での消毒は必要としない
9.ごみの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	入浴は感染症状がなければ制限しない 浴槽内は市販の洗剤で洗浄する タオルはビニール袋に入れ、病棟名と MRSA を明記しリネン庫の専用ラックに入れる
11.他部門への移動	MRSA 肺感染症の患者はマスクを着用して移動する 検査、リハビリテーション、他科受診終了後に、湿性生態物質（汗以外の液体）の汚染が認められた場合、汚れを取り除いてからエタノール液で汚染した場所を清拭する その後は通常の清掃でよい 1）CT・MRI その他の放射線科の検査 原則として 1 日の最後に行う 予約する際に MRSA 陽性者であることを伝える 介助時は汚染が考えられる場合のみエプロンを着用する 2）内視鏡 緊急の場合以外は行わない 内視鏡検査は病室で行う 持ち込んだ器械類は退室する際にエタノール液で清拭するか､ビニール袋に入れて消毒に出す 3)高圧酸素 これまで高圧酸素を行っていた患者が、MRSA 陽性であることが判明した場合は塩化ベンザルコニウム液で庫内を清拭し 1 時間放置した後で他の患者の治療を再開する 4）リハビリテーション 時間帯を区別するなどして行う 5）他科受診 原則として往診とする 外来受診の場合は時間帯を調整の上、他科診察室で行う 他科依頼連絡表（短冊）に MRSA と記載する
12.外出	1）MRSA 感染者の場合 検査、治療、その他必要がある場合以外は隔離してある部屋から外出しない 外出する場合、咳・痰のある患者はマスクを着用する 帰室後は手指消毒、うがいを行う 2）MRSA 保菌者の場合 原則として MRSA 感染者と同様に取り扱う 院外への外出、自宅への一時帰宅、退院は制限しない その際、院内では病室から出口までのルート以外に行かないようにする
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として MRSA 陽性患者は、集中治療室には入室させない ただし一般病棟での看護が著しく困難で集中治療室での管理が必要である場合､感染対策委員会及び集中治療室の課長と相談した上で集中治療室内の

	個室に収容する
15.家族への説明	患者の家族に主治医や看護師がMRSA・隔離・予防具・退室時の手指消毒の必要性など説明する 面会は必要に応じて制限する 同居している家族、または近い親族のみに限定することが望ましい 高齢者、乳児、体力の落ちた人など易感染者は面会を制限する
16.医療従事者について 医療従事者がMRSAの場合	培養検査でMRSA保菌者であることが判明した場合、特に行動制限・業務の制限はしない 勤務中は手洗いを励行する 鼻腔内にMRSAを有している医療従事者の鼻前庭等からMRSAが直接飛散して感染を起こす危険性はない しかし手が鼻前庭に触れた場合は、確実に手指はMRSAの汚染を受け、それ以降の交差感染の危険を含んでいる 鼻に触れないようにするためマスクの着用は意味がある ICUや手術室などの医療従事者については積極的除菌を検討する 培養検査で1回でも陰性であった場合は医師の指示のもと除菌されたものとみなす
17.退院後の部屋の清掃	床は通常の清掃でよい 患者が触れるところは速やかに清拭掃除を行う （ベッド周り、ドアノブなどは）エタノール液で拭く カーテンは交換する

緑膿菌（多剤耐性緑膿菌）陽性患者の感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	細菌検査室より多剤耐性緑膿菌の連絡があったら､ただちに個室隔離を検討する（緑膿菌の場合は厳密な隔離の必要はない） 喀痰培養検査陽性患者を直ちに個室隔離にする 個室が用意できない期間はカーテンでしきる ICU で緑膿菌感染者が発生した場合は一般病棟の個室への転室を主治医・感染対策委員長と相談し検討する
2.事務手続き	1)緑膿菌(多剤耐性緑膿菌)患者発生の病棟連絡 医療従事者だけが分かる印、多剤耐性緑膿菌は水色のシール、緑膿菌は緑色のシールをカルテ表紙右上、シスコールのプレートに貼る 個室は面会謝絶のプレートをドアにつけ表示する 患者のプライバシーを尊重する 2)緑膿菌が発生した場合には直ちに主治医が所定の用紙に記入の上､感染対策委員会へ報告する 課長は看護部長に報告する 夜間、休日はリーダーが責任看護師に報告する 3)検査、手術、他科受診時の連絡 検査伝票、他科依頼連絡表に緑膿菌が陽性であること、検出部位を明記する 4)持ち込みの場合、差額室料の減免はしない
3.手指消毒	入室前はエタノール液（エタプラスゲル）で手指消毒を行う 診察、処置、介助などで患者に接触した後はハンドソープで手洗い、又は手指消毒を行う 消毒液で手を消毒した後に次の患者に触れるようにする
4. 個人防護具	血液、体液、排泄物などの飛散により汚染や感染の恐れがある時には、マスク・グローブ・アイプロテクション・ビニールエプロンを使用する ビニールエプロンは、使用毎に廃棄する
5.医療機具医療機器の取り扱い	使用する物品は可能な限り専用とする（血圧計・ステート・アルコール綿・体温計）持ち出す場合、エタノール液で消毒する 汚染された金属製品などのプラスチック類は水洗いし､ビニール袋に入れ消毒に出す ネブライザーは次亜塩素酸ナトリウム 0.01%で消毒する 基本的には蓄尿カメは使用せず使い捨て蓄尿袋を使用する 蓄尿カメ、尿器は、0.01%次亜塩素酸ナトリウムで 1 時間付け置き消毒する
6.汚染リネンの取り扱い	血液、分泌液で汚染した物は定められたビニール袋に入れ、バイオハザードマークシールを貼り、病棟名と緑膿菌と明記し所定のポリバケツに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン倉庫に運ぶ カーテンは汚染が認められた時に交換する
7.病室の掃除と消毒	病室の消毒は原則として必要無い 通常の掃除で良い 血液・体液・排泄物・皮膚落屑物が飛散している場合は、汚れを取り除いてから 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する
8.食器の取り扱い	特に他の患者と区別する必要はない 栄養ボトルは本人専用として洗剤で洗い、流水でゆすいだ後 0.01%次亜塩素酸ナトリウムに 1 時間以上漬け、使用直前に水ですすぎ使用する
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する
10.身体の清潔	入浴は感染症状がなければ制限しない ただし、日勤において最後の入浴とする 使用後の浴槽は､市販の洗浄剤で十分洗浄した後に一般の患者の入浴を再開する タオルはビニール袋に入れ、病棟名と多剤耐性緑膿菌と明記し、リネン庫の

	専用ラックに入れる １日１回、看護補助が不潔リネン庫に運ぶ
11.他部門への移動、取り扱い	緑膿菌肺感染者の患者はマスク着用して移動する 検査、リハビリテーション、他科受診終了後に、痰、尿、血液（汗以外の液体）の汚染が認められた場合には0.1～１%の次亜塩素酸ナトリウムで汚れを取り除いた後、汚染した場所を拭く その後は通常の掃除で良い 1)CT、MRI、その他の放射線の検査 原則として日勤において最後に行う 予約する際に緑膿菌であることを伝える 2)介助者はマスクを着用し、汚染が考えられる場合はグローブ、ビニールエプロンを着用する 3)内視鏡 原則として一日の最後に検査を行う 検査に使用した器機類はエタノール液で拭くか､ビニール袋に入れて消毒に入れて消毒に出す 予約する前に緑膿菌陽性であると伝える 介助者はマスクを着用し、汚染が考えられる場合はグローブ、ビニールエプロンを着用する 4)高圧酸素 高圧酸素治療を行っていた患者が､緑膿菌陽性であることが判明した場合には塩化ベンザルコニウム液で庫内を拭いた後１時間放置し､他の患者の治療を再開する 5)リハビリテーション 時間帯を区別するなどして行う 6)他科受診 他科依頼連絡票に感染症名を記入する 7)透析 緑膿菌であることが判明した場合透析は透析室の個室で行う 透析室で行えない場合には病室で行う
12.外出	1)院内の場合 検査、治療、その他必要がある場合以外は隔離してある部屋からの外出はひかえる咳、痰のある患者はマスクを着用する 2)院外の場合 医師の許可のもと外出する 咳、痰のある患者はマスクを着用したまま外出する
13.手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる
14.集中治療室	原則として緑膿菌患者は、集中治療室には入室させない ただし、一般病棟での看護が著しく困難で、集中治療室での管理が必要である場合は、主治医及び院内感染対策委員長と相談したうえで、集中治療室の個室に収容する
15.家族への説明	患者の家族に主治医が、緑膿菌について、隔離について、退室時の手指消毒の必要性など説明する 家族が病室に入るときはグローブ、マスクを着用し、接触、飛沫感染の恐れのある人はグローブ､ビニールエプロンを着用するように主治医や看護師が指導する また､洗濯物の取り扱い方についても指導していく(家族の人とは別に洗う、洗濯物はビニール袋に入れる) 面会は必要に応じて制限する 同居している家族、または近い親戚のみに限定することが望ましい 高齢者、乳児、体力の落ちた人などの易感染者は面会を制限する
16.医療従事者について	培養検査で多剤耐性緑膿菌感染者であることが判明した場合、特に行動制

医療従事者が緑膿菌着者の場合	限、業務制限はしない 勤務中手洗いを励行する 交差感染の危険があるためマスク着用を行う
17. 退院後部屋の清掃	部屋の清掃は通常通りでよい 患者が触れるようなところ（ベッド周り、ドアノブなど）はエタノール液で拭く

セラチアの感染予防

平成 22 年 9 月改訂

項目	看護手順
1.判定基準と隔離	赤色の色素を産生するセラチアは､院内感染を起こす重要な日和見感染症の原因菌の一つである 腸内細菌の一つとされているが、空気中や水回りなど自然界に広く分布し、人では喀痰や尿、血液、感染創などから分離される カテーテル由来菌血症起因菌で、膀胱留置カテーテル・心臓血管カテーテ・中心静脈カテーテル･腹腔ドレナージなどのカテーテル使用後に多発する傾向にある 隔離の必要性は無いが､排菌の多い場合などは患者の病状に応じて対策も必要となる
2.事務手続き	患者がセラチアだとわかった場合は､主治医が院内感染届出を院内感染委員長に提出・報告する 課長は看護部長に報告する 夜間・休日はリーダーが責任看護師に報告する
3.手指消毒	入室前はエタノール液(エタプラスゲル)で手指消毒を行う 診察・処置・介助などで患者に接触した後は、ハンドソープで手洗い、又は手指消毒を行う 消毒液で消毒した後に次の患者に触れるようにする
4. 個人防護具	血液、体液、排泄物などの飛散により汚染や感染の恐れがある時には、マスク・グローブ・アイプロテクション・ビニールエプロンを使用する ビニールエプロン・グローブは使用毎に廃棄する
5.看護用具･医療機器の取り扱い	機材は流水で洗浄し中材へだす ネブライザーは 0.01%次亜塩素酸ナトリウムで消毒・乾燥させ、可能な限り専用とする BSI（血液感染）の防止 手洗い アルコール綿の期限を厳守 クローズドシステムラインの使用（シュアプラグによる清潔操作） 留置カテーテルの刺入部の観察・管理（清潔なドレッシング材による被覆・定期的な交換） 末梢でのロックは原則禁止
6.汚染リネンの取り扱い	血液・分泌物で汚染したものはビニール袋に入れ、病棟名及びセラチアと明記しバイオハザードマークシールを貼り、リネン庫の専用ラックに入れる 1 日 1 回看護補助が汚染リネン庫に運ぶ
7.病室の清掃と消毒	病室の消毒は必要ない 生活環境面での清掃でよい 血液、体液、排泄物で汚染された場合、汚れを取り除いた後 0.5～1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭を行う
8.食器の取り扱い	特に他の患者と区別する必要はない 栄養ボトルは本人専用として洗剤で洗い、流水でゆすいだ後 0.01%次亜塩素酸ナトリウムに 1 時間以上漬け、使用直前に水ですすぎ使用する
9.ゴミの取り扱い	湿性生態物質（汗以外の液体）が付着したものは感染性廃棄物として廃棄する
10.身体の清潔	タオルはビニール袋に入れ　病棟名及びセラチアと明記しバイオハザードマークシールを貼り、リネン庫の専用ラックに入れる 1 日 1 回看護補助が不潔リネン庫に運ぶ 入浴に関しては特に制限しない 浴室の清掃に関しては、7 と同様
11.他部門への移動	CT、MRI その他放射線科の検査 ・セラチアの検出部位を伝える

	内視鏡 ・セラチアの検出部位を伝える ・内視鏡手順に順ずる 高圧酸素 ・セラチアの検出部位を伝える 他科受診 ・他科依頼連絡票に感染症名を記入する
12.外出	医師の許可があれば行なう
13.手術	栗橋病院手術基本消毒に準ずる
14.集中治療室	病棟に同じ
15.家族への説明	患者、家族に主治医がセラチアについて説明する 患者の衣類ついては通常の洗浄で良いと伝える
16.医療従事者について	セラチアの主な感染は医療従事者の手を介した接触感染であり､操作前後の手指消毒の徹底､カテーテルやレスピレータ､ネブライザーの適正操作など標準予防策を基に感染経路を遮断する
17.退院後の部屋の清掃	通常の清掃でよい 汚染された場合は､汚れを取り除いた後0.5～1%次亜塩素酸ナトリウム液で清掃する

疥癬の感染予防

平成 22 年 11 月改訂

項目	看護手順
1. 判定基準と隔離	臨床症状として以下のような皮疹の特徴が見られる 1）疥癬トンネル 手関節屈側、手掌、指間、指側面に好発。足蹠、足背、肘頭、外陰部（特に男性)、臀部、腋窩など見られることもある 2）紅斑性小丘疹 臍部を中心とした腹部、胸部、腋窩、大腿内側、上腕屈側などに散在し、激しい瘙痒を伴う（特に夜間） 3）結節 主に外陰部に見られ、小豆大、赤褐色。腋窩、肘頭部、臀部に認められることもある 数ヶ月、時には半年以上残存し、激しい瘙痒のもととなることがある さらに、角化型の場合は皮疹が角化する 以下の 3 項目を勘案して診断する 1）上記の皮疹が認められる 2）顕微鏡検査でヒゼンダニが検出される 3）疥癬患者との接触機会を含めた疫学的流行状況 当該患者は隔離して収容し、隔離期間は治療開始後 1～2 週間とする
2. 事務手続	皮疹などの疥癬の特徴が見られた際は､速やかに主治医に連絡して皮膚科受診をさせる その際、他科依頼伝票には『疥癬チェックお願いします』と記載する 疥癬と診断された場合には症例届出を院内感染防止対策委員長に提出する ＊発生届は、前項『疥癬発生時の対応』参照＊ 疥癬患者では､外来カルテ右上､入院カルテ氏名の下､シスコールプレート､面会謝絶プレートに紫色のシールを貼る 報告ルート 発生⇒所属課長⇒看護部長・院内感染防止対策委員長 対策ルート ＊フローチャート参照＊
3. 手指消毒	手洗いを励行する 石鹸を使って流水手洗い後、エタプラスゲルで手指消毒する
4. 個人防護具	身体介助する際はビニールエプロン､手袋を着用し､使用後は落屑が飛び散らないようにポリ袋等に入れてから廃棄する
5. 看護用品､医療機器の取り扱い	バイタル用品、車椅子、ストレッチャーなどは患者専用のものを準備する 血圧計のマンシェットのゴムは洗い、カバーは中材で消毒する
6. 汚染リネンの取り扱い	シーツ交換は外用剤処置後、洗い流した後に行う（原則毎日交換） 交換後のシーツはビニール袋へ入れ『疥癬』と書いて感染用に入れる､看護補助が 1 日 1 回不潔リネン庫へ運ぶ マットレスは防水シーツで覆い、退院後消毒する
7. 病室の清掃と消毒	カーテンは一週間に 1 回交換する 必要に応じてスミスリン（薬剤科に請求）を噴霧し、3 時間閉鎖後清掃する 噴霧、清掃は用度課に依頼する 床掃除は掃除機を用いるか、落屑等を舞い上げないように湿式で行う
8. 食器の取り扱い	区別の必要なし 病棟での消毒も必要なし
9. ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、密封してその中に全て廃棄する
10. 身体の清掃	使用したタオルは『疥癬』とビニール袋に書いて感染用に入れ、看護補助が不潔リネン庫へ 1 日 1 回運ぶ 下着は毎日交換する 外用剤を塗布する前は、石鹸でよく洗ってから行う

	入浴する場合、順番は最後とし、使用後は浴室等を水で洗い流す また、脱衣所は落屑等を舞い上げないように湿式で清掃する
11.他部門への移動、取り扱い	CT、MRI などの放射線科検査、内視鏡、リハビリテーションなど、原則的に出張とする 検査等の前に疥癬であることを必ず伝える
12.外出	医師の許可にて行う
13.手術	手術室のマニュアルに準ずる
14.集中治療室	病棟と同様
15.家族への説明	医師より説明し、必要に応じて予防的治療を検討する 洗濯物は洗濯後に乾燥機、またはアイロンを使用するか、50℃で 10 分間熱処理後洗濯をするように指導する
16.医療従事者について	疥癬が発生した部署の職員や接触者は院内感染防止対策委員長指導の下､必要に応じて予防的治療を行う 罹患職員は通常勤務とするが、症状によって医師の判断のもと欠勤とする 勤務時は手袋を着用し、顔を除いてできる限り肌の露出を避ける
17.退院後の清掃について	＊　項目 6,7 を参照　＊
＊参照＊ 治療薬について	皮膚科医師、院内感染防止対策委員長の指示のもと、必要に応じて内服、外用治療を行う 疥癬治療薬剤一覧を表 1 に示す

表 1. 疥癬の治療薬剤

平成 26 年 11 月 5 日　改訂

	保険適応	一般名	製剤名	投与量/使用濃度	小児適応	妊婦適応
内服	○	イベルメクチン	ストロメクトール錠	約 200μg/kg	△*1	×
外用	○	イオウ	イオウ末	5～10%	○	○
		有機イオウ	チアントール	原液		
	×	クロタミトン	オイラックス軟膏	10%	△*2	△*2
	○	フェノトリン	スミスリンローション	1 回 1 本(30g)	○*3	○*3

(＊1)　体重 15kg 未満の小児に対する安全性は確立していない
(＊2)　大量または長期にわたる広範囲の使用は控える
(＊3)　添付文書では安全性は確立していないとしているが実際の使用経験はある

＊院内製剤の安息香酸ベンジル、γ-BHC は毒性の問題などから現在ではほとんど使用されておらず一覧から削除とした。

＊フェノトリン：臨時購入となるため使用時は薬剤科 DI 室(内線 1034)までご連絡下さい。

小児感染症

項目	接触感染	飛沫感染	空気感染
1.判定基準と隔離	原則個室隔離 （ドア閉鎖は Dr 指示）	原則個室隔離 （個室がなければ他児と 1m 以上　離す集団隔離。ドア開閉は Dr 指示）	個室隔離 （ドアは閉めておく。患者は室内に制限）
	・Dr の診察により感染症と確認されたら隔離する。 ・Dr の診察により症状の軽減。治癒が確認されれば隔離解除とする。 ・入院時全ての患児、保護者に感染症の既往、予防接種歴、近所での流行、接触状況について問診する。 ・濃厚な接触がある患児は二次発生可能期間を予測し、その期間は十分な監視下におくか、早期に個室 隔離する。 ・未罹患、ワクチン未接種の患児については保護者に通知し、希望了解があれば予防措置を実施。 ・外来診察は、感染症専用の診察室を使用する。 ・処置、ケアは最後に行う。		
2.事務手続き	特になし	左記と同様	左記と同様
3.手指消毒	患者接触前後、血液・体液などに触れた後、汚染物質に触れた後は、必ず手洗いをする。	左記と同様	左記と同様
4.個人防護具	・患者に診察・処置介助のため接触する場合、排泄物を扱う場合は必要に応じて手袋・エプロン・マスク・ゴーグルを着用する。	・感染の恐れがなくなるまで　マスク、エプロン着用。 ※ムンプス→腫れが取れるまで	・接触～発症期間はエプロン、マスク着用。
5.看護用品医療機器の取り扱い	・使用する物品は可能な限り患者専用とする。 ・他の患児に使用する場合はエタノール又は 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒する。	左記と同様	左記と同様
6.汚染リネンの取り扱い	ビニール袋に入れて病棟名・疾患名を明記し、専用ラックに入れる。	左記と同様	左記と同様
7.病室の清掃と消毒	日常の清掃を徹底して行う。 エタノールで清拭消毒。	日常の清掃を徹底して行う。 百日咳の場合はエタノールで清拭消毒。	エタノールで清拭消毒。
8.食器の取り扱い	通常の洗浄で可	左記と同様	左記と同様
9.ゴミの取り扱い	感染性医療廃棄 BOX を病室に置き、その中に全て廃棄する。	左記と同様	左記と同様
10.身体の清潔	ビニール袋に入れて病棟名・疾患名を明記し専用ラックへ入れる。	左記と同様	左記と同様

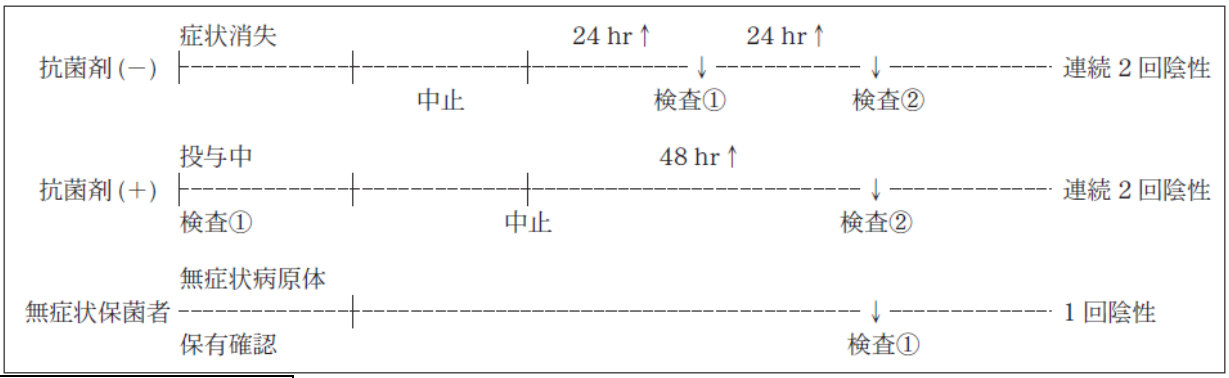
11. 他部門への他部門への移動、取り扱い移動	必要不可欠な場合のみに制限する。移動時はマスク着用。	左記と同様	左記と同様
12. 外出	基本的に禁止	左記と同様	左記と同様
13. 手術	栗橋病院手術基本消毒法に準ずる。	左記と同様	左記と同様
14. 集中治療室			
15. 家族への説明	面会人は出来るだけ制限する（特に乳幼児･未罹患者･ワクチン未接種者）。手洗い、防護具、消毒について説明する。	左記と同様	左記と同様
16. 医療従事者について	①勤務中は手指衛生、消毒を励行。	左記①と同様 ②伝染性疾患の既往がなく、予防接種を受けていないものは出来るだけ室内に入らない。	左記①②と同様

～感染症の病原体を保有していないことの確認方法について（感染症法より）～

腸管出血性大腸菌感染症

患者については、２４時間以上の間隔を置いた連続２回（抗菌剤を投与した場合は服薬中と服薬中止後４８時間以上経過した時点での連続２回）の検便によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

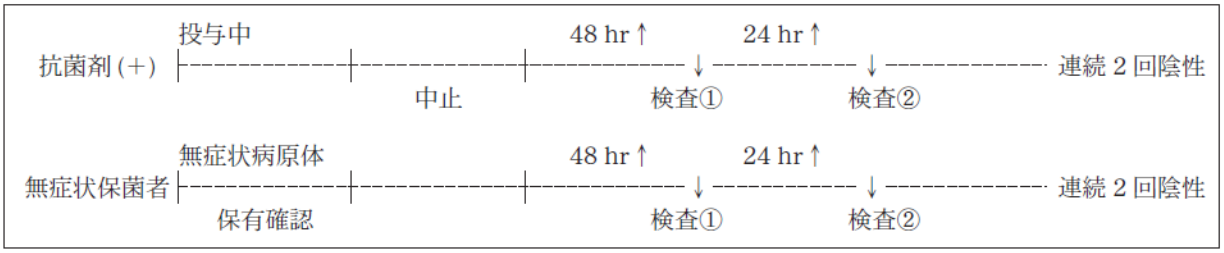
無症状病原体保有者については、１回の検便によって菌陰性が確認されれば、病原体を保有していないものと考えてよい。



コレラ及び細菌性赤痢

患者については、抗菌剤の服薬中止後４８時間以上経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回の検便によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

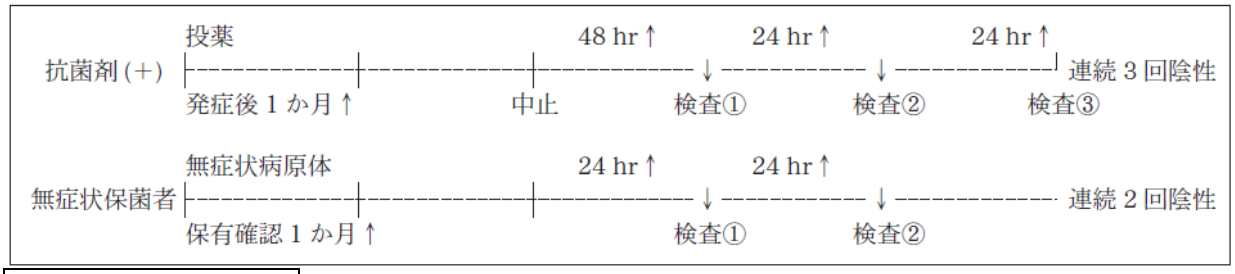
無症状病原体保有者については、無症状病原体保有確認後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回（抗菌薬を投与していた場合にあっては服薬中止後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回）の検便によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。



腸チフス及びパラチフス

患者については、発症後１ヶ月以上を経過していて、抗菌薬の服薬中止後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回の検便において、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。また、尿中に病原体が検出されている場合にあっては、前記の検便における病原体の陰性確認に加えて、検尿の結果も検便の場合と同様に病原体が検出されなかった場合において、病原体を保有していないものと考えてよい。

無症状病原体保有者については、無症状病原体保有確認後１ヶ月以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回（抗菌薬を投与していた場合にあっては服薬中止後４８時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回）の検便によって、病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。また、尿中に病原体が検出されている場合にあっては、前記の検便における病原体の陰性確認に加えて、検尿の結果も検便の場合と同様に病原体が検出されなかった場合において、病原体を保有していないものと考えてよい。



ジフテリア及びペスト

患者については、抗菌剤の服薬中止後２４時間以上経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回の検査（ジフテリアの場合は咽頭ぬぐい液、ペストの場合は喀痰（肺ペスト）、分泌液（腺ペスト）又は血液（敗血症ペスト））によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

無症状病原体保有者については、無症状病原体保有確認後２４時間以上を経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続２回（抗菌薬を投与していた場合にあっては服薬中止後２４時間以上経過した後に２４時間以上の間隔を置いた連続３回）の検査（ジフテリアの場合は咽頭ぬぐい液、ペストの場合は喀痰（肺ペスト）又は分泌液（腺ペスト））によって、いずれも病原体が検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

急性灰白髄炎（ポリオ）

急性期症状消失後、４８時間以上の間隔を置いた２回の検査（便及び咽頭ぬぐい液からのウイルス分離）において、強毒（野生株）ポリオウイルスが検出されなければ、病原体を保有していないものと考えてよい。

エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、マールブルグ病、ラッサ熱

急性期症状消失後、１週間以上の間隔を置いた２回の検査（感染症の種類毎に別表１に定める検体全てにおけるウイルス分離）の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。但し、検体毎に別表２に定める発病後の期間を超えた後の場合にあっては、１回の検査の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。

重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る）

検査（咽頭ぬぐい液、喀痰、便、血液からのウイルス分離）の結果、病原体が検出されなかった場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。

痘そう

すべての痂皮が落屑した場合に、病原体を保有していないものと考えてよい。
（ただし、落屑の中には病原体が存在するため、必ず滅菌消毒処理をすること。）

就業制限

一類感染症、二類感染症、三類感染症及び新型インフルエンザ等感染症等の患者、無症状病原体保有者に ついて医師の届出があった場合、都道府県知事は感染症を公衆にまん延させるおそれがある業務として感染症ごとに厚生労働省令で定められた業務（食品関係や 接客業など）への就労制限を通知することができる（18 条 1 項)。この通知を受けた場合には厚生労働省令で定める一定期間において就業が制限される（18 条 2 項)。～感染症法一覧表参照～

入院

都道府県知事は一類感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、当該感染症の患者・保護者に対して医療機関（原則として特定感染症指定 医療機関か第一種感染症指定医療機関）に入院を勧告することができる（19 条 1 項)。この勧告を受けた者が勧告に従わないときは、当該勧告に係る患者を医 療機関（原則として特定感染症指定医療機関か第一種感染症指定医療機関）に入院させることができる（19 条 3 項)。これらの規定は二類感染症や新型インフ ルエンザ等感染症の患者についても準用されており（26 条)、この場合の医療機関は原則として特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種 感染症指定医療機関となる。

～感染症法一覧表参照～

感染症指定医療機関の分類

特定感染症指定医療機関

一類感染症、二類感染症の患者および新感染症の所見がある者に対する医療機関として厚生労働大臣が指定する。

第一種感染症指定医療機関

一類、二類感染症の患者に対する医療機関として都道府県知事が指定する。

第二種感染症指定医療機関

二類感染症の患者に対する医療機関として都道府県知事が指定する。

「入院勧告」について、２類感染症が対象であり、日常的に対象となってくるのは「結核」と考える。３類感染症は、「入院勧告」とはなっていないが、できれば、周りの患者の不安も考える方がいいと思われるので、個室に（患者負担で）入室できる方がいい。元気になり、排便等がトイレで行え、手洗いも普通に行えるならば退院可能。陰性確認は外来にて行うのでもいい。ただし、患者の希望が陰性確認してからというのであれば対応可能。

Ⅳ.　針刺し・切創事故・血液・体液汚染事故の対応

（針刺し・切創事故、血液・体液汚染事故時の報告体制フローチャートを参照）

1. 針刺し・切創とは

○医療従事者が職務上、鋭利な器材で偶発的に傷を受けることを指します。

○医療従事者や医療関係スタッフが、業務中にさまざまな疾患に罹患した場合を職業感染といいます。

○血液曝露による職業感染の約8割が針刺しによって起こると言われています。

2. 血液媒介病原体の感染経路

①　経皮的曝露（感染率0.3%）・・・注射針など中空針の刺傷による曝露

②　経粘膜的曝露（感染率0.09%）・・・眼粘膜、口腔粘膜への曝露

③　既存創傷部位（損傷のある皮膚）への曝露（感染率0.1%未満）

3. 職業曝露と感染率

	感染源	リスク
ＨＢＶ	HBe 抗原（＋）	22.0～30.0%
	HBe 抗原（－）	1.0～6.0%
ＨＣＶ		1.8%
ＨＩＶ		0.3%

4. 針刺し防止対策

スタンダードプリコーションの実践

①　手袋の着用

・ 血液・体液は感染性があるものとして扱います。採血・血管確保・抜針時など、血液・体液などに触れる可能性のある時にはディスポーザブル手袋の着用が必要です。

・ 手袋を着用していれば、針刺しが起こってしまった場合でも、曝露血液量を減らすことができるため有用です。

②　ゴーグル・マスクの着用

・ ハイリスク領域である手術室や救急救命室で業務をする場合、あるいは飛沫が顔にかかる恐れのある処置を行う場合は、目・鼻・口の粘膜を保護するために防護具を使用し、血液や体液による粘膜曝露を予防することが必要です。

工学的管理

①　廃棄容器の設置

・ 針刺しを予防するためには、針を使用した時点で廃棄することが重要です。

・ 病室内に廃棄容器の設置がない場合、針を使用する時には携帯用の廃棄容器を持参するようにしましょう。

・ やむを得ず、一時的に膿盆などに入れる場合は、廃棄時には鑷子などを用いて針捨て容器に廃棄するようにしましょう。針などの鋭利器材と他のゴミなどを一次的であっても膿盆などに一緒に入れることはやめましょう。

・ 廃棄用器は一杯になってから捨てるのではなく、7～8割入った時点で捨てるようにしましょう。

② 安全器材の使用

・ 静脈留置針や翼状針はセイフティ機能のついたものを使用し、安全機構を作動
・ させましょう。
・ 縫合針は針カウンターを使用し、カウンターに針を収納しましょう。

作業管理

リキャップ厳禁!!

・日本ではリキャップ時に多くの針刺しが起こっています。
・使用後の針のリキャップは原則禁止です。
・もし針を使用した時点で、側に廃棄容器がない場合には、スクープ法を用いてリキャップを行いますが、決して両手でのリキャップは行わないで下さい（図1）。
・

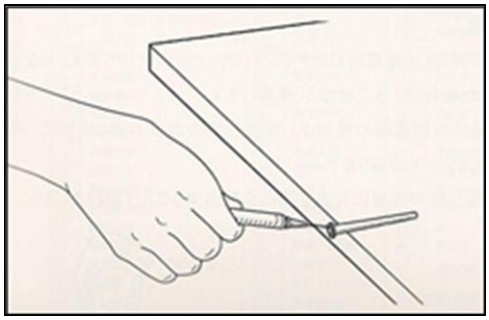


図１　スクープ法の実施

5. 針刺し・切創事故をおこしたら

○ 流水下で刺入部から血液を絞り出しつつ１０分以上創傷部を洗って下さい。
○ 所属長および総務課長へ報告→針刺し事故発生届出用紙（巻末）に記入し、安全衛生委員会に報告して下さい。
○ 内科担当医に受診して検査の指示を仰いで下さい。（夜間であれば責任看護師の指示）
○ 担当医は汚染源の感染性（ＨＢＶ、ＨＣＶ、ＨＩＶ、梅毒の有無）について確認して下さい。
○ 汚染源の感染性が不明の場合
　・ 感染源の患者さんが未検の場合は、「採血及び感染症検査に関する同意書」を元に医師又は看護課長が患者に説明し、同意書をもらった上で採血・検査をしてください。
　・ 検査オーダー及び結果報告は、針刺し・切創事故ということがわかるように「針刺しのため」と明記すること。
　・ 検査費用は病院負担とする。
　・ 確認できない場合は、内科担当医の指示を仰ぎ経過観察を行なってください。
○ 感染性の場合は、それぞれＨＢＶ、ＨＣＶ、ＨＩＶ、梅毒による汚染事故時のフローチャートに従って行動するとともに、感染対策委員長および総務課・所属長に報告します。
○ 現在、刺傷事故対策となる病原体と費用の負担

平成 27 年 6 月 3 日　下線部追加

○ 職員に関しては労災適応（病院負担、総務課手続き）とし対処します。当院外来でフォローする際は、必ず各自で内科予約をしてから受診をしてください（フォロー期間の目安は各感染事故対処法を参照し、担当医の指示を受けること）。
○ 学生実習や研修者が起こした場合は、実習受け入れの際に感染事故などに関しての取決めを行なうこととし、すべて自己負担となります。学校側で災害保険に加入するなどの処置がとられている事もあるのでその場合は利用します。対応としては、初期に行う採血などは職員と同じ扱いで進めて下さい。その後の感染やフォローについては他病院で行なって戴いても

結構です。

6. ＨＢＶ、ＨＣＶ、ＨＩＶ、梅毒の共通手順

1)　現認者（現場を確認した人）を確保して下さい。

○ 刺傷部と現場の確認をし、後で現認書を書いて戴きます（曝露の記録を文書で残す）。

○ 事故者は慌てていることが多いので、現認者に各部署の連絡など手順に従い一緒に行動してもらうことをおすすめします。

2)　前採血：事故者が該当する病原体に感染していないか明らかにします。

ＨＢＶ：	ＨＢｓ抗原・抗体・ＨＢｃ抗体
ＨＣＶ：	ＨＣＶ抗体
ＨＩＶ：	ＨＩＶ抗原・抗体
梅毒：	ＲＰＲ・ＴＰＨＡ

○ 予防的治療の前に必ず行ってください。治療ない時の採血は担当医の指示どおり。

○ 内科外来か所属科外来を受診し、採血して下さい。

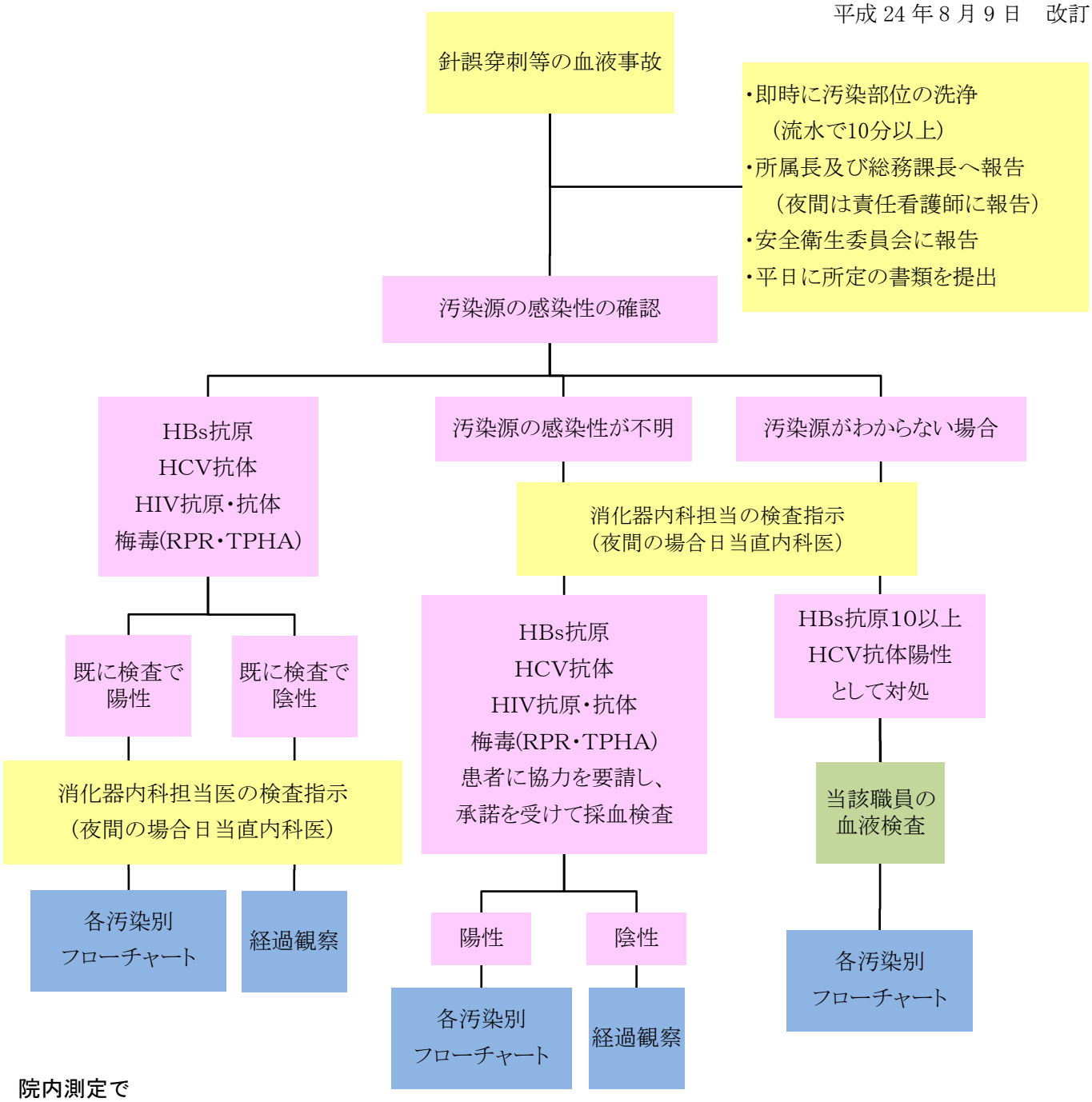
○ 休日の場合は、休日明けに採血することになります。

○ 感染する可能性が極めて高く、素早い処置が必要な場合で、どうしても感染症検査を行わなくてはならない場合は、臨床検査科の感染症検査を行なっている技師に検査科当直者が連絡し、緊急呼出で検査を実施。（臨床検査科ではそのための待機は行なっていないため、必ず呼出し出来るとは限りません）

○ 検査所要時間（1時間、呼び出し時は担当者に連絡がつくまで、到着まで時間不明。）

医療感染事故（針刺し事故）対処法

平成 16 年 4 月 22 日　院内感染防止対策委員会
平成 24 年 6 月 8 日　院内感染防止対策委員会
平成 24 年 8 月 9 日　改訂



院内測定で
HB 抗原、HCV 抗体、HIV 抗原・抗体
の定量値が 1 以上を一時的陽性扱い、
外注など追加査が必要

時間外など、汚染源の血液検査がすぐできない場合
→「汚染源がわからない場合」を選択案に

電子カルテ感染フラグ		（－）判定定量値
梅毒	ＲＰＲ定量	＜　1.0 R.U.
	ＴＰＨＡ定量	＜　1.0 COI
ＨＢＶ	ＨＢｓ抗原定量	＜　1.0 COI
	ＨＢｓ抗体定量	＜　10.0 mIU/ml
	ＨＢｃ抗体定量	＜　1.0 COI
ＨＣＶ	ＨＣＶ抗体定量	＜　1.0 COI
	ＨＣＶコア抗原定量	＜　50.0 fmol/L
ＨＩＶ	ＨＩＶ抗原・抗体定量	＜　1.0 COI

平成　　年　　月　　日

針刺し事故発生届

安全衛生委員会委員長殿

院内感染に関する針刺し事故が発生しましたので、下記の通り報告いたします。

所属長
氏名

記

1．受傷者
職員番号　　部署　　氏名　　性別　男・女

2．事故発生日時
平成　　年　月　日　午前・午後　　時　　分頃

3．事故発生状況（部位等も含めて詳しく記入すること）

4．感染者名
氏名　　性別　男・女

5．担当科・主治医
科　主治医名

6．感染症の種類
ＨＢ・ＨＣＶ・ＨＩＶ・梅毒・その他（　　）

----------キリトリ----------

平成　　年　　月　　日

針刺し事故届受領書及び対策指示書

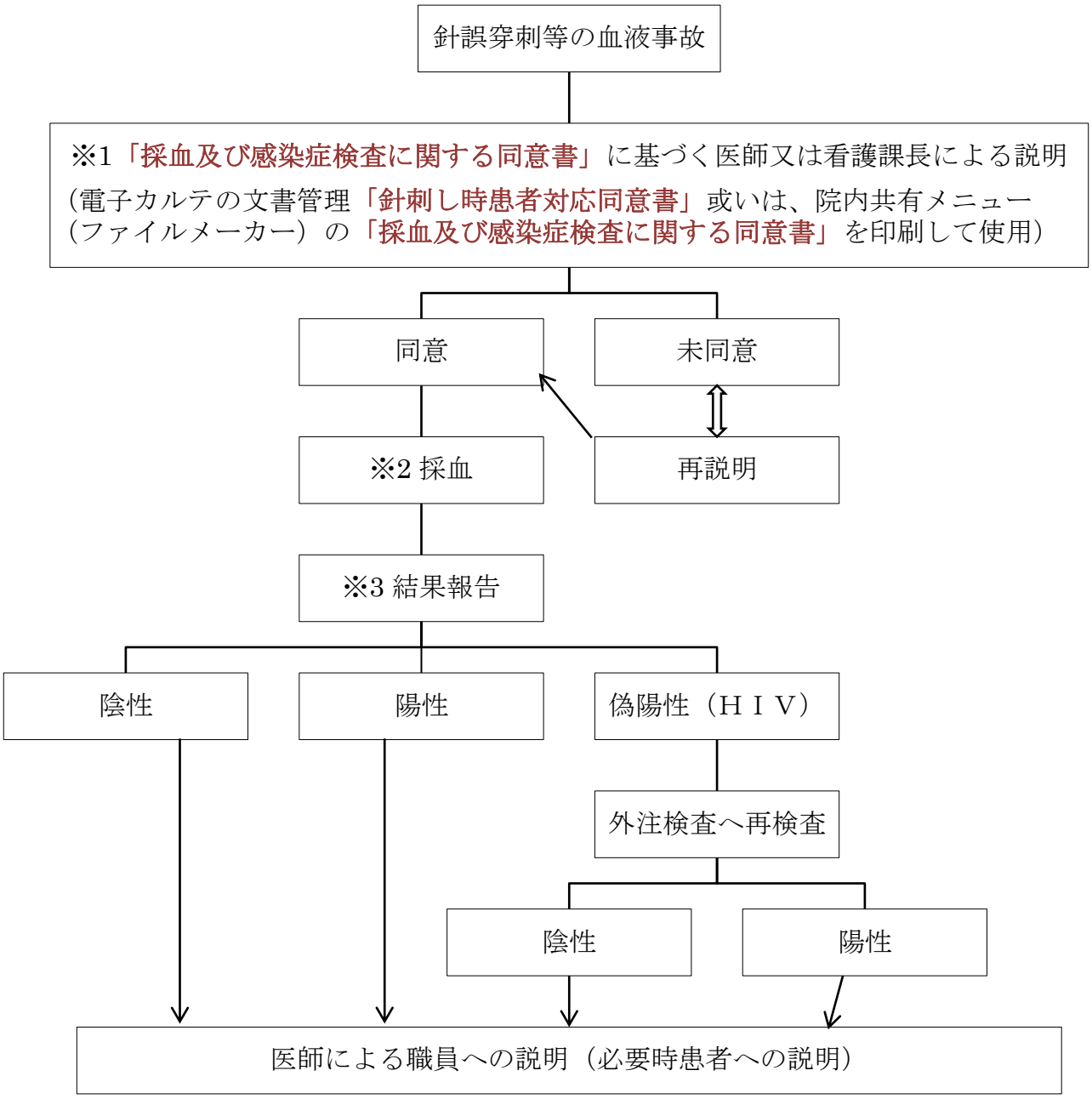
平成　年　月　日に発生した　　殿の院内感染に関する針刺し事故報告を受けました。

院内感染防止対策マニュアルに沿って速やかなる対応をお願いいたします。

安全衛生委員会委員長　本田　宏　　印

医療感染事故（針刺し事故）―患者対応―

平成 20 年 2 月　安全衛生委員会
平成 25 年 9 月　修正

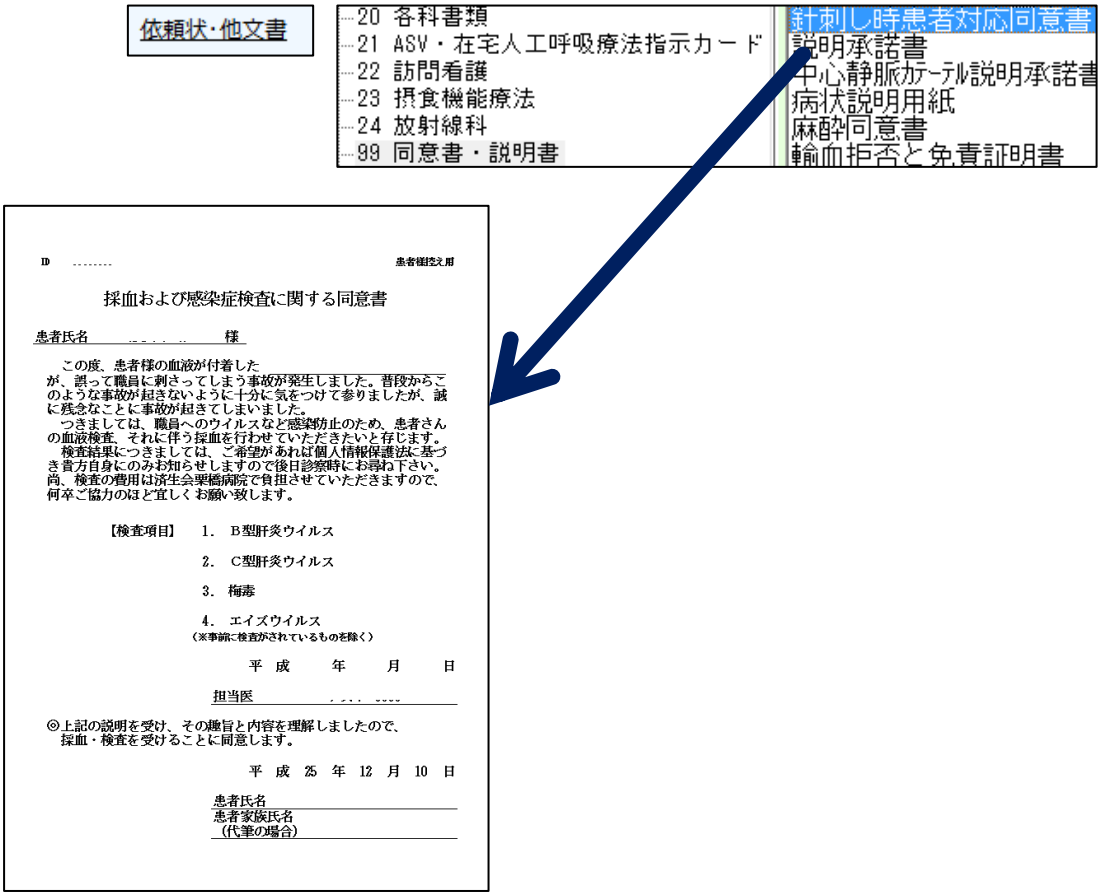


※1 同意書による説明は、医師、または看護課長となっているが状況により臨機応変に対応ください
※2 検査のオーダー時は「針刺しのため」とコメント又は記入ください
※3 結果報告にも「針刺しのため」と記入ください
※4 採血をしない場合でもＨＩＶ検査は本人の同意を行います

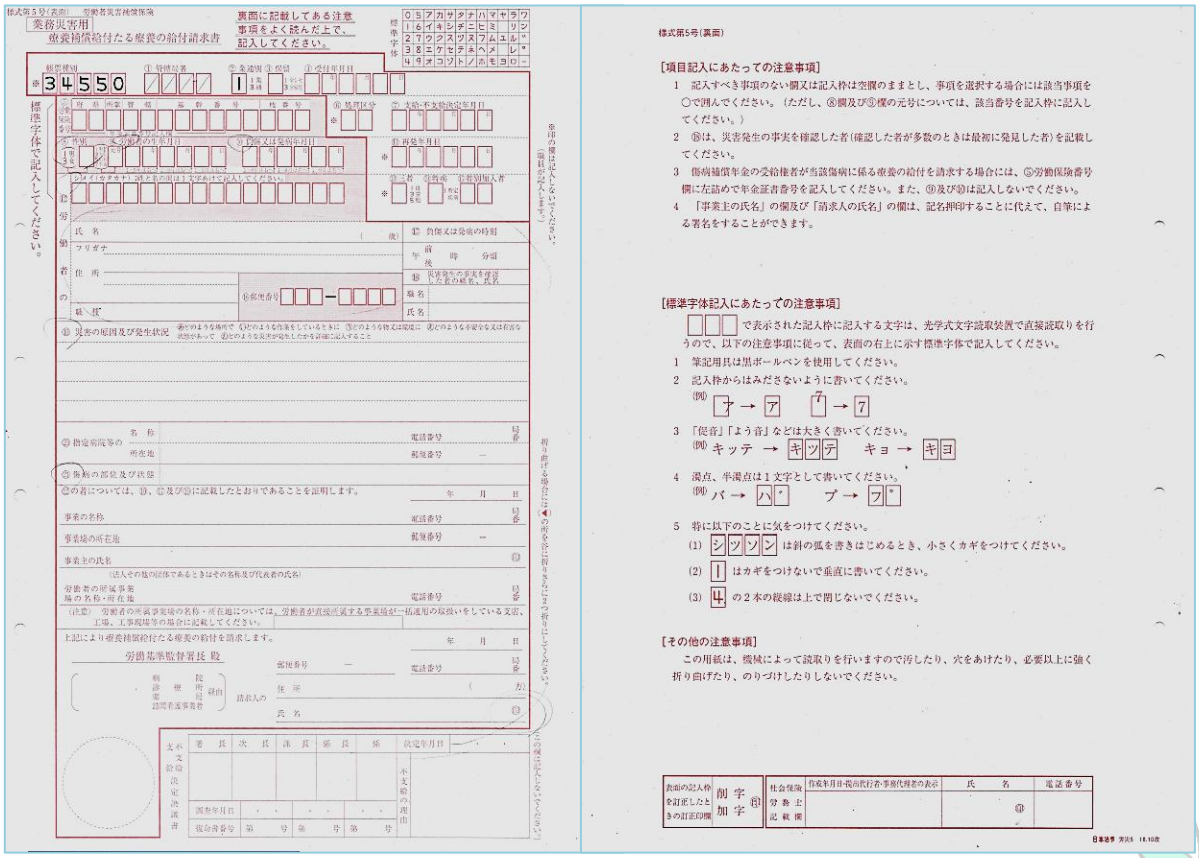
（参考）

○「採血及び感染症検査に関する同意書」印刷方法

汚染源となる患者さんが分かれば、患者カルテ依頼状・他文書より針刺し時患者対応同意書を選択するとエクセルファイルが開きます。

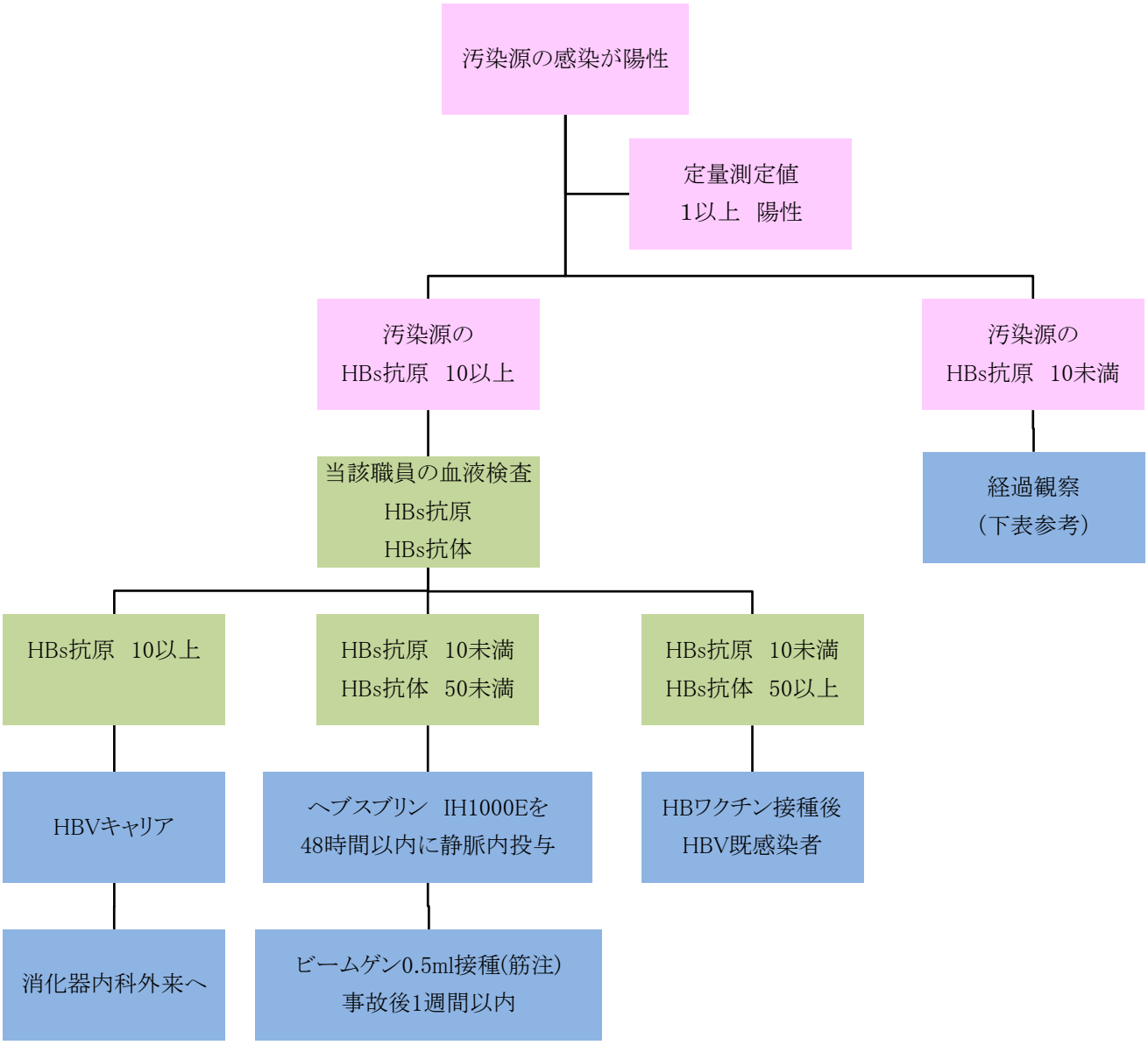


業務災害届（総務課）



ＨＢＶ感染事故対処法

平成 24 年 6 月 8 日　院内感染防止対策委員会

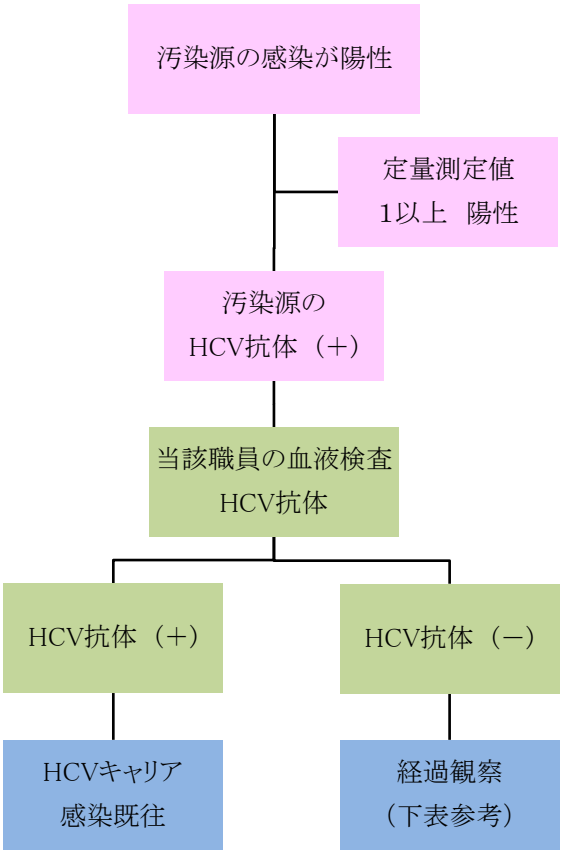


経過観察　定期検査の間隔

HBIG と HB ワクチンの投与スケジュール		0	1	2	3　4　5　6	//	12	（月）
グロブリン	HBIG(ヘブスブリン IH)	＊						
ワクチン	HB ワクチン(ビームゲン)	＊	＊		＊(3～6ヶ月中に)			
血液検査	HBs 抗原	＊			＊(3～6ヶ月中に)		＊	
	HBs 抗体	＊			＊(3～6ヶ月中に)		＊	
	肝機能（AST、ALT）	＊			＊(3～6ヶ月中に)		＊	

ＨＣＶ感染事故対処法

平成 24 年 6 月 8 日　院内感染防止対策委員会



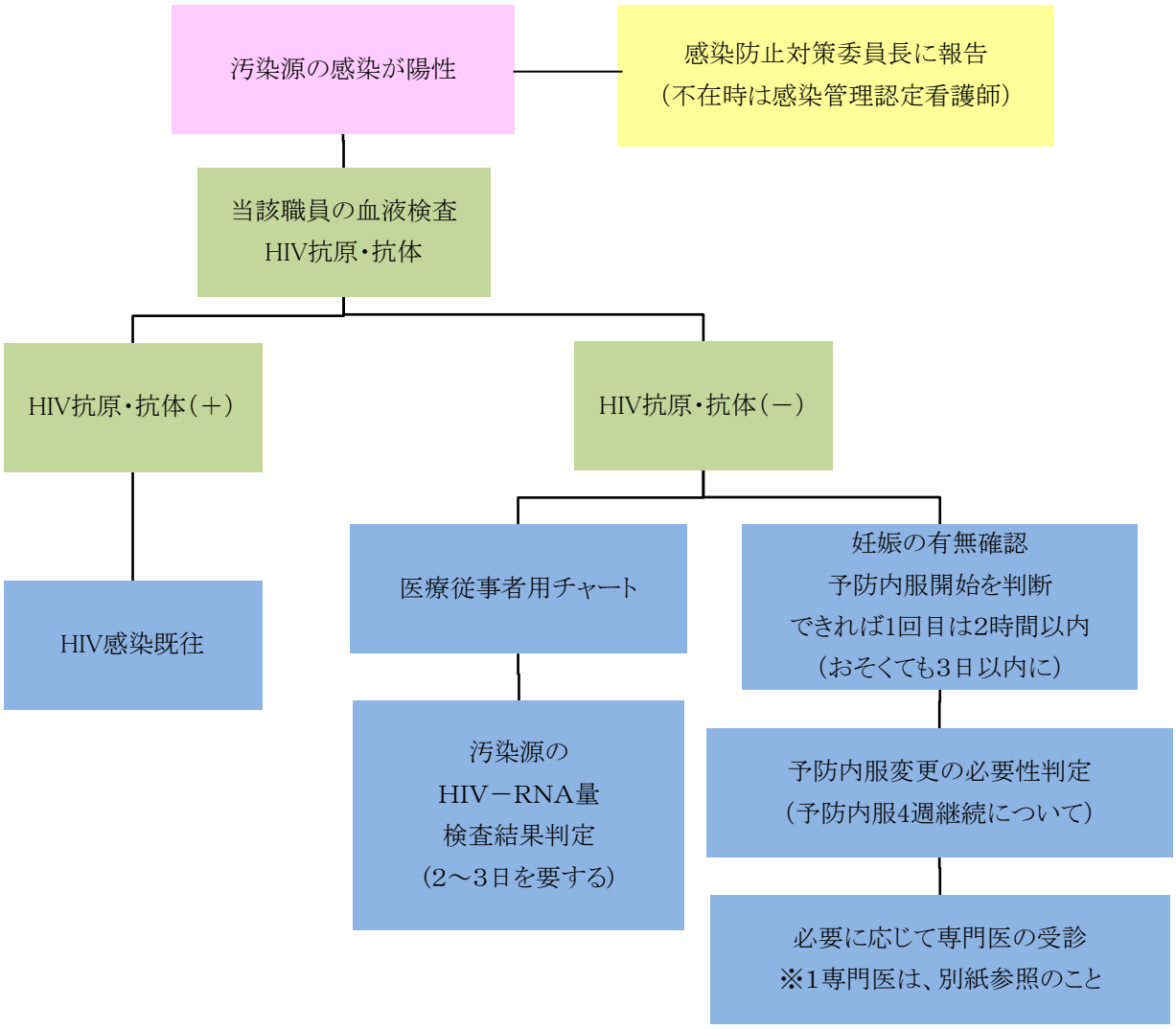
経過観察　定期検査の間隔

		0	1	2	3	4　5	6	//	12	（月）
血液検査	HCV 抗体	＊	＊		＊		＊		＊	
	肝機能（AST、ALT）	＊	＊		＊		＊		＊	

事故直後のインターフェロン（またはインターフェロンとリバビリン）、免疫グロブリンなどの予防投与はなく、経過観察のうちに消化器内科を受診。

ＨＩＶ感染事故対処法

平成 24 年 6 月 8 日　院内感染防止対策委員会



経過観察　定期検査の間隔

	0	1	1.5	2	3	4　5	6	12	（月）
血液検査　HIV 抗原・抗体	＊		＊		＊		＊	＊	
肝機能（AST、ALT）	＊		＊		＊		＊	＊	

※抗体検査予定日：6週後、12 週後、6ヶ月後に検査を行う

- 応急処置は、傷口に触れないよう直ちにその周囲を圧迫して、血液を絞り出しながら流水で十分洗い、アルコールで消毒する
- 内服初回はできる限り速やかに（できれば2時間以内に）開始
  2 回目内服は 24 時間後
  24～36 時間以内では効果が減弱すると考えられる
  抗 HIV 薬は決して副作用の少ない薬ではない
  特に、妊娠初期での胎児への安全性は確認されていない
  妊娠の可能性のある場合は、妊娠反応を行い、専門医を受診すること
  通常、4週間の継続服用が必要と考えられている

職業的暴露を受けた医療従事者用チャート

① 「針刺し・切創事故」→ 針刺し・切創チャートへ
② 「粘膜」→ 粘膜・皮膚チャートへ
③ 「傷（損傷）のある皮膚」→ 粘膜・皮膚チャートへ

Ⅰ 針刺し・切創チャート

暴露源の状態

① 暴露源の患者のＨＩＶ抗体陽性が確認されている
クラス１：無症候性ＨＩＶ感染者や血中ＨＩＶ-ＲＮＡ量が 1500 コピー/ml 未満
クラス２：ＡＩＤＳ発症者や急性感染者、血中ＨＩＶ-ＲＮＡ量が高値
② 暴露源患者のＨＩＶ抗体の状態が不明または未確定
③ 暴露源検体の由来患者が不明
④ 暴露源患者のＨＩＶ抗体陰性が確認されている

暴露の軽傷・重傷度の判定

① 軽傷　非中空針による浅い傷
② 重傷　a) 太い中空針による針刺し
b) 肉眼で血液付着が確認できる針・器具による針刺し・切創
c) 血管に刺入された針による針刺し
d) 太い針刺し

⇩

暴露源の状態及び暴露の軽傷・重傷度で別紙の表１に従って判断する

Ⅱ 粘膜・皮膚チャート

暴露源の状態

① 露源の患者のＨＩＶ抗体陽性が確認されている
クラス１：無症候性ＨＩＶ感染者や血中ＨＩＶ-ＲＮＡ量が 1500 コピー/ml 未満
クラス２：ＡＩＤＳ 発症者や急性感染者、血中ＨＩＶ-ＲＮＡ量が高値
② 露源患者のＨＩＶ抗体の状態が不明または未確定
③ 露源検体の由来患者が不明
④ 暴露源患者のＨＩＶ抗体陰性が確認されている

暴露の少量・多量の程度の判定

① 暴露検体量が少量･･･２～３滴の体液
② 暴露検体量が多量･･･噴出した体液

⇩

暴露源の状態及び暴露検体量の少量・多の程度で別紙の表２に従って判断する

表1　針刺し・切創チャート

	① 軽傷	② 重症
① ＨＩＶ感染者（クラス１）	基本治療を推奨	拡大治療を推奨
① ＨＩＶ感染者（クラス２）	拡大治療を推奨	
② 暴露源患者のＨＩＶ抗体不明※2	通常予防投与は不要。しかし、陽性患者由来が考えられる場合は、基本治療を考慮する※1 ＨＩＶ陰性が判明したら中止	
③ 暴露源患者が不明		
④ ＨＩＶ抗体陰性	予防不要	

表2　粘膜・皮膚チャート

	① 少量	② 多量
① ＨＩＶ感染者（クラス１）	基本治療を考慮	基本治療を推奨
① ＨＩＶ感染者（クラス２）	基本治療を推奨	基本治療を推奨
② 暴露源患者のＨＩＶ抗体不明※2	通常予防投与は不要。しかし、陽性患者由来が考えられる場合は、基本治療を考慮する※1 ＨＩＶ陰性が判明したら中止	
③ 暴露源患者が不明		
④ ＨＩＶ抗体陰性	予防不要	

※1 「予防投与を考慮」とは、予防投与が任意であり、暴露を受けた人と扱う医師との間においてなされた自己決定に基づくものであるを示す

※2 もし予防投与が行われ、その後ＨＩＶ陰性とわかった場合には、予防投与は中断されるべきである（初回は2時間以内のうちに服用、2回目24時間以内のうちにＨＩＶ検査結果が得られれば結果により2回目飲むかどうかを判断）

マニュアル使用上の注意

Ⅰ. 医療事故によるＨＩＶ感染を防止するためには、事故後できるだけ早く、ＴＤＦ・ＦＴＣ・ＬＰＶｒｔｖの抗ＨＩＶ薬の服用を開始する必要がある。

Ⅱ. 予防服用を開始するかどうかは、医療事故による汚染にあった医療従事者が自己決定しなければならない。

Ⅲ. このマニュアルに基づき、配備医療機関に抗ＨＩＶ薬の投与を依頼する際には、必ず本人の「同意書」と医療事故担当医の「依頼書」を提出すること。

Ⅳ. 服用開始後、４週間の服用を継続するかどうか及び内服継続に問題がある場合の対処法は、被汚染者がＨＩＶ感染症の専門医と相談の上決定すべきである。

Ⅴ. このマニュアルは、専門医に受診出来るまでの、緊急対応用として作成されたものである。

予防内服薬

基本治療（核酸系逆転写酵素阻害剤を2 種類併用する）

TDF/FTC（合剤ツルバダ）

拡大治療（核酸系逆転写酵素阻害剤を2種類にプロテアーゼ阻害剤を追加する）

TDF/FTC（またはABC/3TC）＋LPVrtv（カレトラ）

基本治療

TDF/FTC（ツルバダ錠＝ｴﾑﾄﾘｼﾀﾋﾞﾝ200mg／ﾌﾏﾙ酸ﾃﾉﾎﾋﾞﾙｼﾞｿﾌﾟﾛｷｼﾙ300mg）

１錠１×（食事に関係なく）

拡大治療

上記薬剤＋LPVrtv（カレトラ錠＝ﾛﾋﾟﾅﾋﾞﾙ200mg／ﾘﾄﾅﾋﾞﾙ50mg）

４錠２×（朝、夕）

・ 内服開始は、可及的速やかに（できれば2 時間以内に）開始する。
・ 24～36時間以降では効果が減弱します
・ 4 週間の継続内服が必要と考えられます。

本人用：服用のための説明文書とチェックリスト
基本治療：ＴＤＦ／ＦＴＣ（ツルバダ）内服の場合

以下、チェックリストに従い感染予防のための服薬についての説明文書を良く読み、服用の意義、注意点等について確認して下さい。

□＝チェック欄

□服用の意義

針刺し事故などでＨＩＶ汚染血液に暴露された場合の感染のリスクは、最も高い場合でも 0.3～0.5%とされており、Ｂ型肝炎やＣ型肝炎の同じ様な事故の場合の感染リスクに比べそれぞれ 1／100～1／10 と低いことは知られています。しかし、低いとはいえこの数字が示す感染リスクは 0%ではなく、1000 回の事故につき 3～5 人は感染するということを意味しています。しかも、今のところ感染が成立してしまった場合、治癒できるような治療法は確立されておりません。しかし一方、感染直後にＡＺＴを服用することで感染のリスクを約 80%低下させうることが示されました。今回奨めている基本治療であればさらに効果的であろうと考えられます。予防服用により 100%感染を防げるわけではありませんが、予防服用を強くすすめる理由はこのためです。服用の意義を理解し、次に進んで下さい。

□服用に当たっての注意点

感染予防の効果をあげるためには、事故後できるだけ早くできれば 1～2 時間以内に予防薬を服用するのが望ましく、24～36 時間以後では効果が減弱する可能性があります。このため専門家に相談できる前に自己判断で服用を開始せざるを得ない場合もあります。どうして良いかわからない場合、妊娠の可能性がなければ、とりあえず第 1 回目の服用をする事を奨めます。

□妊娠の可能性のある場合

大至急妊娠の有無を調べて下さい。今回の基本治療については、特に妊娠初期（最後に生理のあった日から 14 週間）の胎児に対する安全性は確立されておりません。妊婦の場合、責任医師と大至急服薬について相談して下さい。

□予防服用される抗ＨＩＶ薬の注意点及び副作用

ＴＤＦ／ＦＴＣ：ツルバダ

この薬剤は、1 錠の剤型に２種類の薬剤がＨＩＶの治療において、もっとも基本的な薬です。以下のような副作用があります。

ＴＤＦは単独剤型ではビリアードという薬剤で販売されています。ツルバダはＴＤＦとＦＴＣの合剤です。合剤でも単独の場合でも、1 日 1 回の服用が良く、食事とも無関係に内服可能です。副作用の少ない薬剤です。

ＦＴＣは単独剤型ではエムトリバという薬剤で販売されています。ツルバダはＴＤＦとＦＴＣの合剤です。1 日 1 回の服用が良く、副作用の少ない薬剤です。患者さんへの治療の場合にもＴＤＦとの合剤（ツルバダ）で用いられています。

副作用（下記「薬剤添付文書情報」相当部分参照）注意点

両剤とも抗Ｂ型肝炎ウイルス効果があります。しかし、Ｂ型肝炎患者がこの薬剤を半年以上服用した後の中止後、肝炎が悪化することがあり、その中で激症化し死亡した例もありました。従って、この薬剤を服用する前には、必ずＢ型肝炎の有無を確認することが必要です。Ｂ型肝炎患者の場合には、担当医師医と相談してください。

他の問題はＴＤＦによる腎障害の問題です。通常の腎機能の方々では問題にはならないと考えられますが、既に腎機能低下が存在する場合には、ＴＤＦにより腎機能障害が出現する可能性があります。職業的暴露前に腎機能低下や糖尿病が考慮される場合には専門家と充分な相談が必要と考えられます。

□チェックリストに従い感染予防のための服薬についての説明文書を読みました。
予防服用の重要性を理解し、予防服用フローチャートに従い服薬を開始します。

□：はい　　□：いいえ

平成　　年　　月　　日

氏名：

本人用：服用のための説明文書とチェックリスト
拡大治療：ＬＰＶｒｔｖ（カレトラ錠）／ＴＤＦ／ＦＴＣ（ツルバダ）内服の場合

以下、チェックリストに従い感染予防のための服薬についての説明文書を良く読み、服用の意義、注意点等について確認して下さい。

□＝チェック欄

□服用の意義

針刺し事故などでＨＩＶ汚染血液に暴露された場合の感染のリスクは、最も高い場合でも 0.3～0.5%とされており、Ｂ型肝炎やC型肝炎の同じ様な事故の場合の感染リスクに比べそれぞれ 1／100～1／10 と低いことは知られています。しかし、低いとはいえこの数字が示す感染リスクは 0%ではなく、1000 回の事故につき 3～5 人は感染するということを意味しています。しかも、今のところ感染が成立してしまった場合、治癒できるような治療法は確立されておりません。しかし一方、感染直後にＡＺＴを服用することで感染のリスクを約 80%低下させうることが示されました。今回奨めている拡大治療であればさらに効果的であろうと考えられます。予防服用により 100%感染を防げるわけではありませんが、予防服用を強くすすめる理由はこのためです。服用の意義を理解し、次に進んで下さい。

□服用に当たっての注意点

感染予防の効果をあげるためには、事故後できるだけ早くできれば 1～2 時間以内に予防薬を服用するのが望ましく、24～36 時間以後では効果が減弱する可能性があります。このため専門家に相談できる前に自己判断で服用を開始せざるを得ない場合もあります。どうして良いかわからない場合、妊娠の可能性がなければ、とりあえず第 1 回目の服用をする事を奨めます。

□妊娠の可能性のある場合

大至急妊娠の有無を調べて下さい。今回の拡大治療については、特に妊娠初期（最後に生理のあった日から 14 週間）の胎児に対する安全性は確立されておりません。妊婦の場合、責任医師と大至急服薬について相談して下さい。

□予防服用される抗ＨＩＶ薬の注意点及び副作用

ＴＤＦ／ＦＴＣ：ツルバダ

この薬剤は、1 錠の剤型に 2 種類の薬剤がＨＩＶの治療において、もっとも基本的な薬です。以下のような副作用があります。

ＴＤＦは単独剤型ではビリアードという薬剤で販売されています。ツルバダはＴＤＦとＦＴＣの合剤です。合剤でも単独の場合でも、1 日 1 回の服用が良く、食事とも無関係に内服可能です。副作用の少ない薬剤です。

ＦＴＣは単独剤型ではエムトリバという薬剤で販売されています。ツルバダはＴＤＦとＦＴＣの合剤です。1 日 1 回の服用が良く、副作用の少ない薬剤です。患者さんへの治療の場合にもＴＤＦとの合剤（ツルバダ）で用いられています。

副作用（下記「薬剤添付文書情報」相当部分参照）注意点

両剤とも抗Ｂ型肝炎ウイルス効果があります。しかし、Ｂ型肝炎患者がこの薬剤を半年以上服用した後の中止後、肝炎が悪化することがあり、その中で激症化し死亡した例もありました。従って、この薬剤を服用する前には、必ずＢ型肝炎の有無を確認することが必要です。Ｂ型肝炎患者の場合には、担当医師医と相談してください。

他の問題はＴＤＦによる腎障害の問題です。通常の腎機能の方々では問題にはならないと考えられますが、既に腎機能低下が存在する場合には、ＴＤＦにより腎機能障害が出現する可能性があります。職業的暴露前に腎機能低下や糖尿病が考慮される場合には専門家と充分な相談が必要と考えられます。

ＬＰＶｒｔｖ：カレトラ錠

ＬＰＶｒｔｖはカレトラという薬剤で販売されています。以前はカプセルでしたが、冷蔵庫保存が必要であり、また下痢の副作用が多く認められました。最近、剤型が進歩し、錠剤となっています。内服時には錠剤のカレトラを使用してください。

副作用（下記「薬剤添付文書情報」相当部分参照）注意点

ＬＰＶｒｔｖ（カレトラ錠）は lopinavir と ritonavir（ノービア）を含みます。Lopinavir と ritonavir（ノービア）は肝臓で代謝される薬剤です。複数の肝酵素が関与していますが、ＣＹＰ３Ａ４が代表的な酵素と考えられています。特に ritonavir（ノービア）はＣＹＰ３Ａ４を強力に阻害する作用があります。臨床で使用される薬剤の多くが肝臓で代謝される薬剤です。肝臓で代謝される薬剤は、ＬＰＶｒｔｖ（カレトラ錠）を併用することにより、効果が増加するまたは効果が長引く可能性があります。既に、内服薬を使用している医療者では担当医師医と相談してください。

□チェックリストに従い感染予防のための服薬についての説明文書を読みました。
予防服用の重要性を理解し、予防服用フローチャートに従い服薬を開始します。

□：はい　　□：いいえ

平成　　年　　月　　日

氏名：

平成 26 年 10 月 7 日　改訂

抗ＨＩＶ薬予防服用同意書

私は、ＨＩＶ汚染血液等暴露後の抗ＨＩＶ薬予防内服における利益と不利益について説明を受け、妊娠への安全性が確認されていないことを含め、十分に理解しました。
私は、自らの意志により予防内服を希望します。

◎服薬希望薬剤（必ず本人がチェックすること）

☐ ＲＡＬ
☐ ＴＤＦ/ＦＴＣ

エイズ診療協力病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院長殿

平成　　年　　月　　日

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

抗ＨＩＶ薬予防投与依頼書

被汚染者	氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日
	性別：　男・女　　妊娠：　有・無
	現在服用中の薬剤：
事故状況	発生日時：　平成　　年　　月　　日　　時　　分
	事故内容：　針刺し・切創・粘膜汚染・皮膚汚染
	原因患者の病状：　ＡＩＤＳ・ＨＩＶ抗体陽性・ＨＩＶ抗体陽性疑
	原因：
	ＨＩＶ：ＥＣ(暴露コード)：　　ＳＣ(感染コード)：

上記の者は、ＨＩＶ感染のおそれがあり予防服用についての説明に同意があったので、抗ＨＩＶ薬の投与を依頼する。

エイズ診療協力病院　　**医療機関所在地**

病院長殿　　**医療機関名**

連絡先

年　　月　　日　　時　　分　担当医署名＿＿＿＿＿＿＿＿

（補足）

EC（Exposure　Code）暴露量	
EC1	粘膜に暴露受け、量が少ない場合
EC2	粘膜に暴露受け量が多い場合粘膜に暴露受け、量が多い場合 皮下まで達する針刺しで、引っかき傷程度の軽いもの
EC3	皮下まで達する針刺しで、血が出た場合や太い針など傷が大きい場合

SC（Status　Code）感染源のＨＩＶ感染症の状態	
SC1	HIV　positive で、無症状
SC2	HIV　positive で、AIDS 発症者

表V-1　日本で承認されている抗HIV薬（2014年3月現在、承認時期順）

一般名	商品名	略称	承認時期
ヌクレオシド／ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤（NRTI）			
ジドブジン	レトロビルカプセル	AZTまたはZDV	1987年11月
ジダノシン	ヴァイデックスECカプセル／錠	ddI	1992年 7月
ラミブジン	エピビル錠	3TC	1997年 2月
サニルブジン	ゼリットカプセル	d4T	1997年 7月
ジドブジンとラミブジンの合剤	コンビビル錠	AZT+3TCまたはCBV	1999年 6月
アバカビル	ザイアジェン錠	ABC	1999年 9月
テノホビル	ビリアード錠	TDF	2004年 4月
アバカビルとラミブジンの合剤	エプジコム錠	ABC+3TCまたはEPZ	2005年 1月
エムトリシタビン	エムトリバカプセル	FTC	2005年 4月
エムトリシタビンとテノホビルの合剤	ツルバダ錠	TDF+FTCまたはTVD	2005年 4月
非ヌクレオシド／ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤（NNRTI）			
ネビラピン	ビラミューン錠	NVP	1998年12月
エファビレンツ	ストックリンカプセル／錠	EFV	1999年 9月
エトラビリン	インテレンス錠	ETR	2009年 1月
リルピビリン	エジュラント錠	RPV	2012年 5月
プロテアーゼ阻害剤（PI）			
インジナビル	クリキシバンカプセル	IDV	1997年 4月
サキナビル	インビラーゼカプセル／錠	SQV-HGC	1997年 9月
ネルフィナビル	ビラセプト錠	NFV	1998年 3月
リトナビル	ノービア・ソフトカプセル／リキッド	RTV	1999年 9月
ロピナビル（少量リトナビル含有）	カレトラ錠／リキッド	LPV/r	2000年12月
アタザナビル	レイアタッツカプセル	ATV	2004年 1月
ホスアンプレナビル	レクシヴァ錠	FPV	2005年 1月
ダルナビル	プリジスタ錠（300mg）	DRV	2007年11月
	プリジスタナイーブ錠（400mg）	DRV	2009年 8月
	プリジスタナイーブ錠（800mg）	DRV	2013年11月
インテグラーゼ阻害剤（INSTI）			
ラルテグラビル	アイセントレス錠	RAL	2008年 6月
エルビテグラビル	スタリビルド配合錠（TDF、FTC、cobiとの合剤）	EVG（EVG／cobi／TDF／FTC）	2013年 5月
ドルテグラビル	テビケイ錠	DTG	2014年 3月
侵入阻止薬			
マラビロク	シーエルセントリ錠	MVC	2009年 1月

表V-2　初回治療として選択すべき抗HIV薬の組合せ

A欄、B欄から1つずつ選んで組み合わせる				
A欄（キードラッグ）			B欄（バックボーン）	
NNRTIかPI（rtv-boosted）かINSTI			NRTI 2剤	
推奨	NNRTI	EFV（AI）*1	推奨	TDF/FTC（AI）*5 ABC/3TC（BI）*6 注1）血中HIV RNA量が10万コピー/mLを超える症例ではTDF/FTCをより強く推奨する。 注2）ABC/3TCと、DRV+rtvまたはRALを組み合わせた場合は、現時点では十分なデータがないため推奨評価はBIIIである。 注3）EVG/cobiはTDF/FTCとの合剤である*3。
	PI	ATV*2+rtv（BI） DRV+rtv（AI）		
	INSTI	RAL（BID）（AI） EVG/cobi（BI）*3 DTG（BI）*4		
代替	PI	LPV/r（QDまたはBID）（BI） FPV+rtv（QDまたはBID）（BI）		
	NNRTI	RPV（QD）（BI）*7		
◎妊婦では、LPV/r(BID)*8+ AZT/3TCが推奨される（AI）				

薬剤の略称は表V-1を参照、+rtv: 少量のRTVを併用、/rtv: 少量rtvを含む合剤。
BID:1日2回内服。QD:1日1回内服。BIDと表記していないものはQD。

*1　EFVは妊娠初期又は妊娠する可能性が高い女性には使用しない。
*2　ATVはプロトンポンプ阻害剤内服者には使用しない。
*3　EVG/cobi/TDF/FTCはクレアチニンクリアランスが70 mL/min未満の患者には開始すべきではない。
*4　未治療患者、インテグラーゼ阻害薬以外の抗HIV薬による治療経験のある患者には50mgを1日1回 投与であるが、インテグラーゼ阻害薬に対する耐性を有する患者には50mgを1日2回投与する。
*5　TDFは腎機能障害のある患者や、腎機能障害をもたらす薬剤を併用しなければならない患者、腎機能障害をもたらす合併疾患を有する患者には注意を要する。
*6　HLA-B*5701を有する患者(日本人では稀）ではABCの過敏症に注意を要する。ABC投与により心筋梗塞の発症リスクが高まるという報告がある。
*7　RPVはプロトンポンプ阻害剤内服者には使用しない。
血中HIV RNA量が10万コピー/mLを超える患者では注意が必要である。
開始時のCD4数が200/μL未満の患者ではウイルス学的失敗率が高いという報告がある。
*8　LPV/rを妊婦へ投与する際には、QDではなく、BIDが推奨される。

院内感染防止対策マニュアル
埼玉県済生会栗橋病院

曝露事象のリスクを分類して曝露後予防薬を組み合わせる方法は取りやめとなった。
標準的な曝露後予防薬はアイセントレス＋ツルバダである。
可及的速やかに(可能であれば 2 時間以内に)服用を開始する。

プロテアーゼ阻害剤

商品名	一般名	略名		含有量	用法･用量	食事の影響
カレトラ錠	ロピナビル/リトナビル	LPV/RTV		200mg/50mg	4錠/分2 4錠/分1	なし

逆転写酵素阻害剤

商品名	一般名	略名		含有量	用法･用量	食事の影響
ツルバダ	フマル酸テノホビルジソプロキシル+エムトリシタビン	TVD		TDF 300mg FTC 200mg	1錠/分1	なし

インテグラーゼ阻害剤

商品名	一般名	略名		含有量	用法･用量	食事の影響
アイセントレス	ラルテグラビルカリウム	RAL		400mg	800mg/分2	なし

商品名	用法･用量	薬価(1 錠)	包装	金額	期限	期限(2014/9 月現在)
カレトラ	1 回 2 錠 1 日 2 回	377 円 10 銭	120 錠/瓶	45000		2015 年 11 月
ツルバダ	1 回 1 錠 1 日 1 回	3863 円 60 銭	30 錠/瓶	112000		2015 年 3 月
アイセントレス	1 回 1 錠 1 日 2 回	1553 円 60 銭	60 錠/瓶	90000	30 ヶ月	未在庫

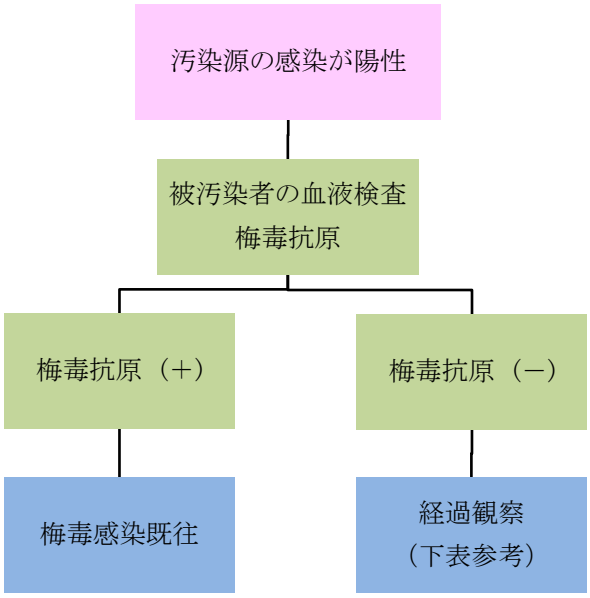
医療事故時の緊急連絡先リスト

- ✧ 必ず、事前に電話連絡してから、緊急受診すること
- ✧ 事前連絡の際に、来院時の受付部所がどこになるか確認すること
- ✧ 「同意書「依頼書」を必ず」持参すること
- ✧ 休日夜間の連絡先は、診療時間内の連絡先と異なる場合に記入する。

配備病院名	所在地			緊急連絡先
埼玉医科大学病院	入間郡毛呂山町毛呂本郷 38		医務部	049-276-1126(直通)
		休日･夜間	①救急部事務当直者	049-276-1465(直通)
			②第一ﾋﾞﾙ 5 階病棟当直医師	049-276-1619(直通)
防衛医科大学校病院	所沢市並木 3 丁目 2 番地		総合臨床部	042-995-1511 内線 3633
		休日･夜間	総合臨床部当直医師	042-995-1511
自治医科大学附属	さいたま市大宮区天沼町 1-847		医事課外来医事係	048-647-2111 内線 2352
さいたま医療センター		休日･夜間	救急部受付宿日直担当者	048-647-2111 内線 2530
独立行政法人国立病院	和光市諏訪 2 番 1 号		医事課	048-462-1101
機構埼玉病院		休日･夜間	医事当直室当直者	048-462-1101
独立行政法人国立病院	所沢市若狭 2 丁目 1671		受付部所管理課	042-948-1111
機構西埼玉中央病院		休日･夜間	受付部所事務当直	042-948-1111
独立行政法人国立病院	蓮田市大字黒浜 4147		内科	048-768-1161
機構東埼玉病院		休日･夜間	当直医師	048-768-1161
越谷市立病院	越谷市東越谷十丁目 47 番地 1		小児科	048-965-2221
		休日･夜間	小児科当直者	048-965-2221
秩父市立病院	秩父市桜木町 8 番 9 号		内科	0494-23-0611
深谷赤十字病院	深谷市上柴町西 5 丁目 8 番地 1		救急部	048-571-1511 内線 3110

梅毒感染事故対処法

（平成 24 年 6 月 8 日　院内感染防止対策委員会）



経過観察　定期検査の間隔

	0	0.5	1	2	3	4	5	6	//	12	（月）
血液検査　RPR 検査	＊	＊		＊				＊			
TPHA 検査			＊					＊		＊	

※陽性が確認されたら治療（経口ペニシリン薬を 7～10 日間投与）

脂質抗原で検出（STS）（非特異的反応）	TP 抗原で検出 抗体検出法（特異的反応）		考えられる病態・原因	対応
RPR	TPHA	FTA-ABS		
＋	＋		梅毒(再感染を含む) 梅毒治癒後の抗体陽性者 他のスピロヘータ感染症	各定量検査の実施（治療開始、間隔をおいて再検査）
＋	－	＋	初期の梅毒	再検査(他の検査法を含む) TP 抗体 IgM(－)なら治療の必要はない
		－	生化学的偽陽性	
－	＋	＋	治療後、非常に古い梅毒	
		－	TPHA の偽陽性	
－	－		非梅毒 ごく初期の梅毒 初期梅毒治療後	感染が否定できない臨床所見がある場合は再検査

※FTA-ABS は必要に応じて実施

臨床産婦人科 55.1.2001/感染症の診断・治療のガイドライン　日本医師会編ほか. 参照

Ⅴ. 職員の健康管理

１．　健診（入職時、年１回定期健診、接触者健診）

① 入職時健康診断の提出（当院の指定書式）
　・結核健診IGRA（QFTまたはT-SPOT）の実施
　　※QFT(BML)は予約制＆専用採血管3本、T-SPOT(SRL)は随時&ﾍﾊﾟﾘﾝ採血
　・ウイルス抗体価の実施（麻疹・水痘・風疹・ムンプス）陰性者はワクチン接種
② 年1回の定期健康診断の受診（義務付け）
③ 咳など呼吸器感染症状が2週間以上続く時は結核の感染源とならないために、自発的に診察を受けて下さい

２．　ＨＢＶ、ＨＣＶ

定期健康診断において、HBs抗原/MAT、HBs抗体/PHA、HCV抗体3r(index&判定)を測定

３．　実習生等の受け入れについて

実習生等を受け入れる場合には別紙契約書を交わし、感染時の対応を確認しておく

４．　ＨＢワクチン接種について（陰性者）

以下の通りとする。

HBワクチン接種について（陰性者）

本人に結果を通達

↓

総務課から各部署に規定の申し込み用紙が配布される

↓

各部署の責任者がまとめて記載し、申し込みをする。

接種対象者

① 職員健診において抗体の測定
② 抗体の無いハイリスクの職員（希望者）

●接種方法●

・ １コース３回接種（初回→１ヶ月後→６ヶ月後の間隔でワクチンを接種。

・ ３回の接種終了後の２ヶ月後にＨＢｓ抗体を測定

・ で抗体価　陰性（－）以下の場合、ワクチンを倍量で追加接種する。

５．　就業制限が必要な感染症一覧

平成 24 年 8 月 6 日　追加

職員が発症した際に就業制限が必要な感染症一覧

疾患名	感染経路	就業制限期間の目安	備考
インフルエンザ	飛沫	発熱から 5 日間経過し、かつ平熱に解熱後 48 時間経過	・解熱していた場合でも、著しい咳がある場合は就業制限が必要な場合がある
ノロウイルス	接触・飛沫	症状消失後 48 時間	・ウイルスは 7～10 日間（長いもので 2 週間）排泄されるので、復帰後も最低 1 週間は用便後の手洗いを厳重に行う ・厨房従事者はウイルスの消失が確認されるまで就業を制限
麻疹	空気・飛沫	発疹出現後 7 日間	・長期間発熱を認める場合は更に就業制限が必要な場合がある
水痘（帯状疱疹）	空気・飛沫・接触	すべての水疱が痂皮化するまで	・帯状疱疹は発疹部位、程度により皮膚科医の指示を受ける（就業可能な場合もある）
風疹	飛沫	発疹出現後 5 日間	
流行性耳下腺炎（ムンプス）	飛沫	耳下腺腫脹から 9 日間	
流行性角結膜炎（EKC）	接触	眼瞼結膜の発赤消失まで	・眼科医を受診し了解を得た上で就業復帰可とする

感受性職員が曝露した際に就業制限が必要な感染症一覧

疾患名	感受性職員の曝露後就業制限	曝露後医療従事者の予防投薬
麻疹	初回曝露 5 日目～最終曝露 21 日目	72 時間以内のワクチン接種 または 6 日以内の γ-グロブリン筋注
水痘・播種性帯状疱疹	初回曝露 10 日目～最終曝露 21 日目 （水痘高力価 γ-グロブリンを静注した場合は 28 日目まで）	72 時間以内のワクチン接種 または 96 時間以内の水痘高力価 γ-グロブリン静注
風疹	初回曝露 7 日目～最終曝露 21 日目	
流行性耳下腺炎	初回曝露 12 日目～最終曝露 26 日目	

※免疫の獲得が証明された場合は、就業制限の必要なし

電子カルテの「文書管理」からも印刷できます。

院内感染対策防止委員会宛

感染症発生届

提出日　　平成　　年　　月　　日

提出者　　所属　　氏名

1.発生日

平成　　年　　月　　日

2. 発生者

	発生場所	氏名	年齢	職種
□入院患者	病室（　　）号室			
□職員	部署（　　）			

3. 感染症

	疾患名	ワクチン・抗体の有無	就業制限期間の目安
□	インフルエンザ	有　・　無　・　不明	発熱から 5 日間経過し かつ解熱後 48 時間経過
□	ノロウイルス		症状消失後 48 時間
□	ｸﾛｽﾄﾘｼﾞｳﾑ･ﾃﾞｨﾌｨｼﾙ （CD トキシン陽性）		
□	麻疹	有　・　無　・　不明	発疹出現後 7 日間
□	水痘（播種性帯状疱疹）	有　・　無　・　不明	すべての水疱が痂皮化するまで
□	風疹	有　・　無　・　不明	発疹出現後 5 日間
□	流行性耳下腺炎	有　・　無　・　不明	耳下腺腫脹から 9 日間
□	流行性角結膜炎（EKC）		眼瞼結膜の発赤消失まで （眼科医を受診し了解を得た上で就業復帰可とする）

4.対処の方法（症状及び休暇の有無・期間について記入）

※記入後は、白髪感染対策委員長のメールボックスへ入れて下さい

６．　感染性ウイルス疾患の伝播防止

医療従事者の身を守り、自らが感染源にならないよう、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎（ムンプス）・水痘の抗体陰性者（感受性者）は、積極的にワクチン接種をすることが望まれる。
また、事前に既往歴・ワクチン接種歴（抗体の有無）を把握することが重要である。

Ⅰ.麻疹

1.感染経路
〇飛沫感染、空気感染（感染力強い）

2.潜伏期間
〇9～11 日

3.伝播可能期間
〇発病 1～2 日前から発疹出現 4～5 日後
特に発疹が出現する前の感染力が強い

4.臨床症状
〇発熱、咳、鼻汁、眼脂、結膜充血、羞明
・カタル期（3～5 日）周囲に発赤を伴う灰白色の小斑点（コプリック斑）が頬粘膜に出現
・発疹期（4～5 日）耳の後部や頸部・顔面から全身へ赤く小さな斑状発疹が出現
・回復期（10～14 日）色素沈着を残して発疹消失

5.合併症
〇脱水症、気管支炎、肺炎、中耳炎、咽頭・喉頭炎、血小板減少症、DIC、脳炎など

6.ケアのポイント
①麻疹患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
②患者のケアはウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う
③患者に対しては空気予防策を実施する
④やむを得ず抗体陰性者がケアする場合には、N95 マスクを着用する
⑤患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性または不明の者は速やかに抗体検査を行う
⑥抗体陰性者は 72 時間以内にワクチンを接種する
⑦曝露後の免疫グロブリンの予防投与は推奨しない（ワクチンが禁忌の場合考慮する）
⑧患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
⑨就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅱ.風疹

1.感染経路
〇飛沫感染（感染力は麻疹より弱い）

2.潜伏期間
〇14～21 日（多くは 16~18 日）

3.伝播可能期間
〇発疹出現 7 日前から発疹出現 5 日後

4.臨床症状

〇発熱、発疹、リンパ節腫脹、耳の後部や頸部・顔面から全身へ赤く小さな斑状発疹が出現

麻疹のような色素沈着はなく約 3 日で消失。リンパ節腫脹は 3～6 週間で消失する
妊婦が妊娠前半期に感染すると約 20%の頻度で先天性風疹症候群（CRS）になり、その新生児は生後約 1 年間、咽頭・尿などからウイルスを排出する

5.合併症

〇関節炎、血小板減少性紫斑病、脳炎、溶血性貧血

6.ケアのポイント

①風疹患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
②患者のケアはウイルスに対して抗体を揺する者が優先して行う
③患者に対しては飛沫予防策を実施する
④患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性の者・不明の者は速やかに抗体検査を行う
⑤曝露早期のワクチン接種や免疫グロブリン投与の予防効果はない
⑥患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
⑦就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅲ.流行性耳下腺炎（ムンプス）

1.感染経路

〇飛沫感染

2.潜伏期間

〇12～15 日（多くは 16～18 日）

3.伝播可能期間

〇耳下腺の腫脹 9 日前から腫脹 9 日後

4.臨床症状

〇発熱、倦怠感、頭痛、耳下腺・顎下腺・舌下腺・唾液腺の腫脹および疼痛

5.合併症

〇髄膜炎、脳炎、睾丸炎、膵炎、腎炎、難聴

6.ケアのポイント

①ムンプス患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
②患者のケアはウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う
③患者に対しては飛沫予防策を実施する
④患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性の者・不明の者は速やかに抗体検査を行う
⑤曝露早期のワクチン接種や免疫グロブリン投与の予防効果はない
⑥患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
⑦就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

Ⅳ.水痘・帯状疱疹

1.感染経路

〇飛沫感染、空気感染、水疱液との接触感染

2.潜伏期間

〇10～21 日（多くは 14～16 日）

3.伝播可能期間
〇発疹出現 1～2 日前から水疱が痂皮化するまで

4.臨床症状
〇発熱、全身倦怠感、強い掻痒感を伴う発疹
発疹は体幹・顔面（毛髪部・口腔内も含む）・四肢に出現し、紅斑から 2～3 日で水疱、膿疱、
痂皮化する

5.合併症
〇妊婦が妊娠第 1～2 期に感染すると約 2%の頻度で先天性水痘症候群となり、
出産 5 日前～2 日後に発症すると、その新生児は生後 5～10 日頃に発症し重症化する

6.ケアのポイント
①水痘患者に接する機会の多い部署の医療従事者で抗体陰性者はワクチンを接種する
②患者のケアは水痘・帯状疱疹ウイルスに対して抗体を有する者が優先して行う
③水痘および免疫不全患者の播種性帯状疱疹の患者に対しては空気感染予防策を実施する
④通常の帯状疱疹患者では接触予防策を実施する
⑤やむを得ず抗体陰性者がケアする場合には、N95 マスクを着用する
⑥患者と接触した可能性のある患者および医療従事者で、抗体陰性の者・不明の者は
速やかに抗体検査を行う
⑦抗体陰性者は 72 時間以内にワクチンを接種する
⑧抗ウイルス薬の予防投与の適応について、ICD にコンサルトする
⑨曝露後の免疫グロブリンの予防投与は推奨しない（ワクチンが禁忌の場合考慮する）
⑨患者または医療従事者が発症した場合は「感染症発生届」を速やかに提出する
⑩就業制限は「就業制限が必要な感染症一覧」参照

主なウイルス性疾患の特徴と対応

		麻疹	風疹	流行性耳下腺炎	水痘
ウイルス名		Measles virus (ﾐｰｽﾞﾙ ｽｳｲﾙｽ)	Rubella virus (ﾙﾍﾞﾗｳｲﾙｽ)	Mumps virus (ﾑﾝﾌﾟｽｳｲﾙｽ)	Varicella-Zoster virus (ｳﾞｧﾘｾﾗｿﾞｽﾀｰｳｲﾙｽ)
潜伏期間	通常	9～11 日	16～18 日	16～18 日	14～16 日
	最大		14～21 日	12～25 日	10～21 日
伝播可能期間		発症 2 日前～発疹出現 5 日後	発疹出現 7 日前～発疹出現 5 日後	耳下腺腫脹 9 日前～腫脹 9 日後	発疹出現 2 日前～水疱痂皮化
感染経路		空気・飛沫	飛沫	飛沫	空気・飛沫・接触
感染源		気道分泌物	鼻咽頭分泌物	鼻咽頭分泌物 唾液	気道分泌物 水疱液
発症者の就業制限		発疹出現後 7 日間	発疹出現後 5 日間	耳下腺腫脹から 9 日間	すべての水疱が痂皮化するまで
感受性職員の曝露後就業制限		初回曝露 5 日目～最終曝露 21 日目	初回曝露 7 日目～最終曝露 21 日目	初回曝露 12 日目～最終曝露 26 日目	初回曝露 10 日目～最終曝露 21 日目
曝露後 医療従事者の予防投薬		72 時間以内のワクチン接種、または 6 日以内の γ-グロブリン筋注※	なし	なし	72 時間以内のワクチン接種、または 96 時間以内の水痘高力価 γ-グロブリン静注※

※ワクチンが禁忌（妊娠中、免疫不全等）の場合考慮する

Ⅵ. 医療廃棄物管理規定

【目的】

この規定は、当院から排出される医療廃棄物が、環境上適正な管理及び処理されることを目的とする。なお、この規定は環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部作成の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル(平成24年5月)」に従って作成されている。

【感染性廃棄物の定義】

医療行為等に伴って発生する廃棄物のうち、人が感染し、若しくは感染するおそれのある病原体が含まれ、若しくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物をいう。（資料1「感染性廃棄物の判断フロー」参照）

【感染性廃棄物の取り扱いについて】

Ⅰ. 分別

①廃棄物は次のように区分する。（資料 3「廃棄物分別一覧表」参照）
(1) 感染性廃棄物
(2) 非感染性廃棄物（医療行為等に伴って生ずる廃棄物のうち感染性廃棄物以外の廃棄物）
(3) 上記以外の廃棄物（紙くず、厨芥等）＝一般廃棄物
②感染性廃棄物は、発生時点において他の廃棄物と分別するものとする。ただし、感染性廃棄物と同時に生ずる他の廃棄物を感染性廃棄物と同等の取扱いをする場合は、この限りでない。
③感染性廃棄物は、梱包が容易にできるよう、排出時点で次のとおり分別すること。
(1) 液状又は泥状のものと固形状のものは分別する。
(2) 鋭利なものは他の廃棄物と分別する。

Ⅱ. 移動

①移動の途中で内容物が飛散・流出するおそれのない容器で行うものとする。なお、感染性廃棄物は廃棄時に直接容器に入れることが望ましいが、やむを得ず容器への移し替えを行う場合には、当該感染性廃棄物が飛散・流出しないよう十分に注意すること。

Ⅲ. 保管

①感染性廃棄物が運搬されるまでの保管は極力短期間とする。
②感染性廃棄物の保管場所は、関係者以外立ち入れないように配慮し、感染性廃棄物は他の廃棄物と区別して保管しなければならない。スペースの関係上専用の保管場所が設けられない場合は、関係者以外がみだりに立ち入ることができない所で感染性廃棄物の保管を行うこと。
③感染性廃棄物の保管場所には、関係者の見やすい箇所に感染性廃棄物の存在を表示するとともに、取扱いの注意事項を記載しなければならない。

Ⅳ. 梱包

①感染性廃棄物の収集運搬を行う場合は、収集運搬に先立ち、あらかじめ、次のような容器に入れて、密閉しなければならない。
(1) 密閉できること
(2) 収納しやすいこと
(3) 損傷しにくいこと
②梱包は、「鋭利なもの」、「固形状のもの」、「液状又は泥状のもの」の３種類に区分して、次のように行うことを原則とするが、同一の処理施設で処理される場合には、必要に応じ、一括梱包することができるものとする。ただし、一括梱包する場合には、廃棄物の性状に応じた容器の材質等をあわせ持つものを使用するものとする。
(1) 注射針、メス等の鋭利なものは、金属製、プラスチック製等で危険防止のために耐貫通性のある堅牢な容器を使用すること。
(2) 固形状のものは、丈夫なプラスチック袋を二重にして使用するか、堅牢な容器を使用すること。
(3) 液状又は泥状のものは、廃液等が漏洩しない密閉容器を使用すること。

Ⅴ．表示

①感染性廃棄物を収納した容器には、感染性廃棄物である旨及び取り扱う際に注意すべき事項を表示するものとする。
②感染性廃棄物であることを識別できるよう、容器はバイオハザードマークが付いたものとする。やむをえずマークがない容器を用いる場合には、「感染性廃棄物」と明記すること。
③廃棄物の種類が判別できるようにするため、性状に応じてマークの色を分けることが望ましい。
(1) 液状又は泥状のもの（血液等）　：　**赤色**
(2) 固形状のもの（血液等が付着したガーゼ等）　：　**橙色**
(3) 鋭利なもの（注射針等）　：　**黄色**
色分けができない場合には、「液状又は泥状」、「固形状」、「鋭利なもの」のように表示すること。

液状・泥状　　固形状　　鋭利なもの

※液状、泥状用のハザードマーク（赤）は、黄色と共有とする。

【処理の委託】

①感染性廃棄物の処理を委託する場合は、法に定める委託基準に基づき事前に委託契約を締結しなければならない。
②感染性廃棄物の処理を委託する場合は、あらかじめ委託しようとする感染性廃棄物の種類、数量、性状及び荷姿、当該感染性廃棄物取り扱う際に注意すべき事項を文書で業者に通知しなければならない。
③感染性廃棄物の処理を委託する場合、感染性廃棄物を引き渡す際に、定められた様式による産業廃棄物管理票（以下「マニフェスト」という）に必要な事項を記入して交付しなければならない。また、感染性廃棄物が最終処分まで適正に処理されたことを、処理業者から返送されるマニフェストの写しにより確認しなければならない。
④前年度に交付したマニフェストに関する報告書を作成し、都道府県知事に提出しなければならない。
⑤マニフェストの控えと処分業者から返送されるマニフェストの写しをつき合わせることにより感染性廃棄物が適正に処理されたことを確認し、それらのマニフェストを、送付を受けた日から５年間保存しなければならない。

【管理体制】

Ⅰ．管理責任者の設置

施設内で排出される感染性廃棄物を適正に処理するため管理責任者を各課課長とする。

Ⅱ．処理状況の帳簿記載及び保存

感染性廃棄物の処理が適正に行われているかどうかを常に把握し、処理について帳簿を作成するとともに、一定期間（5年間）保存しなければならない。

資料１「感染性廃棄物の判断フロー」

感染性廃棄物の判断フロー

【STEP1】：形状

廃棄物が以下のいずれかに該当する。

① 血液、血清、血漿及び体液（精液を含む）（以下「血液等」という）

② 病理廃棄物（臓器、組織、皮膚等）(注 1)

③ 病原微生物に関連した試験、検査等に用いられたもの(注 2)

④ 血液等が付着している鋭利なもの（破損したガラスくず等を含む）(注 3)

⇒ YES → 感染性廃棄物

⇩ NO

【STEP2】：排出場所

感染症病床(注 4)、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室及び検査室において治療、検査等に使用された後、排出されたもの

⇒ YES → 感染性廃棄物

⇩ NO

【STEP3】：感染症の種類

① 感染症法の一類、二類、三類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の治療、検査等に使用された後、排出されたもの

感染症法の四類及び五類感染症の治療、検査等に使用された後、排出された医療器材等（ただし、紙おむつについては特定の感染症に係るもの等に限る）(注 5)

⇒ YES → 感染性廃棄物

⇩ NO(注 6)

非感染性廃棄物

（注） 次の廃棄物も感染性廃棄物と同等の取扱いとする。
・外見上血液と見分けがつかない輸血用血液製剤等
・血液等が付着していない鋭利なもの（破損したガラスくず等を含む。）

（注 1） ホルマリン漬臓器等を含む。

（注 2） 病原微生物に関連した試験、検査等に使用した培地、実験動物の死体、試験管、シャーレ等

（注 3） 医療器材としての注射針、メス、破損したアンプル・バイヤル等

（注 4） 感染症法により入院措置が講ぜられる一類、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症の病床

（注 5） 医療器材（注射針、メス、ガラスくず等）、ディスポーザブルの医療器材（ピンセット、注射器、カテーテル類、透析等回路、輸液点滴セット、手袋、血液バック、リネン類等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿等）、紙おむつ、標本（検体標本）等
なお、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）伝染性紅斑、レジオネラ症等の患者の紙おむつ（参考１参照）は、血液等が付着していなければ感染性廃棄物ではない。

（注 6） 感染性・非感染性のいずれかであるかは、通常はこのフローで判断が可能であるが、このフローで判断できないものについては、医師等（医師、歯科医師及び獣医師）により、感染のおそれがあると判断される場合は感染性廃棄物とする。

資料２「感染症ごとの紙おむつの取り扱い」

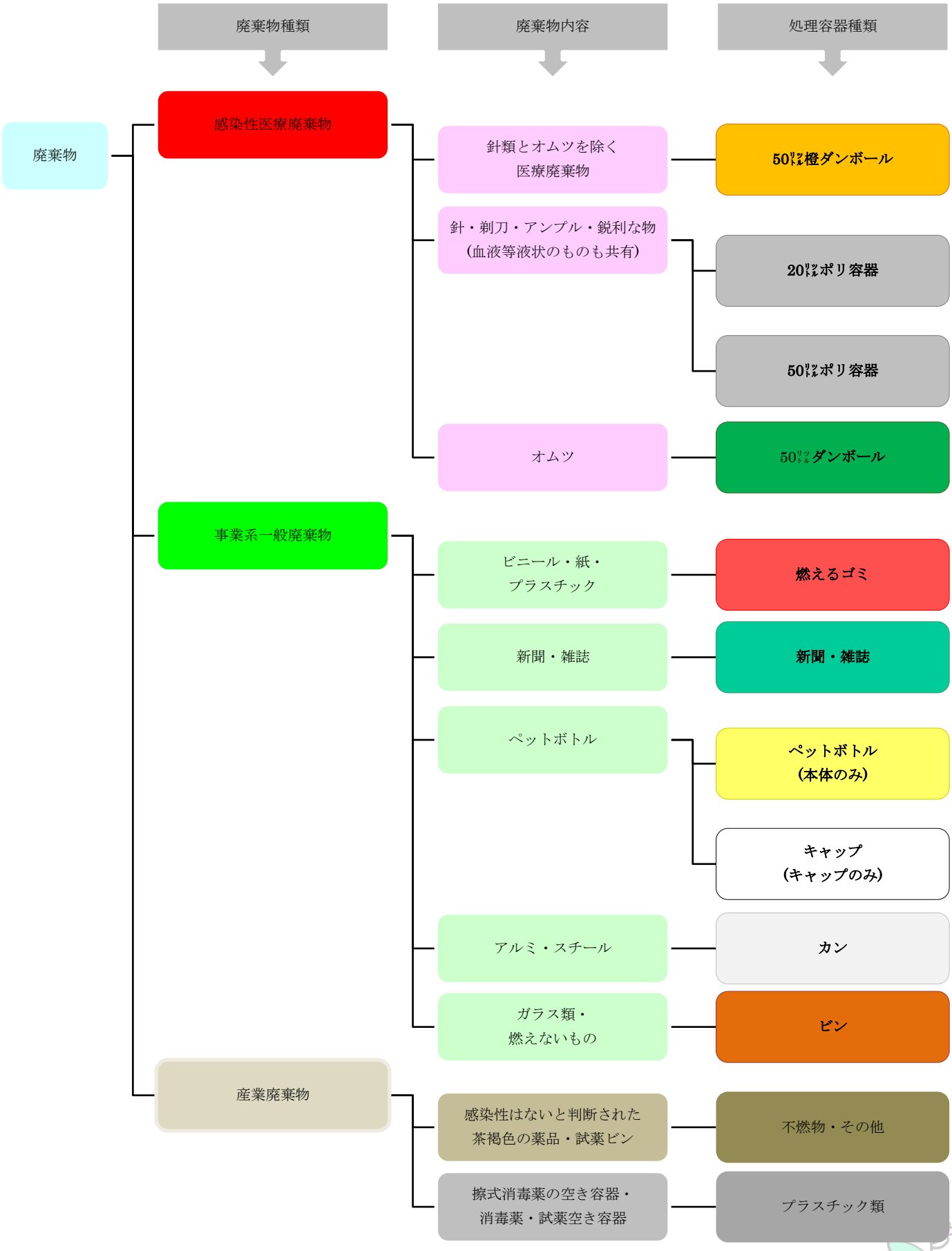
感染症法に規定される感染症に関し、使用後排出される紙おむつについて、感染性廃棄物の該否の別は、次の表のとおりである。ただし、感染性廃棄物と非感染性廃棄物とを分別して排出しない場合は、すべて感染性廃棄物として取り扱うこと。

感染症法の分類	感染症名	取り扱い
一類	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	**感染性**
二類	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る)、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る)	**感染性**
三類	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス	**感染性**
四類	E 型肝炎、A 型肝炎、炭疽、鳥インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)、ボツリヌス症、オムスク出血熱、サル痘、ニパウイルス感染症、鼻疽、ヘンドラウイルス感染症、類鼻疽、レプトスピラ症	**感染性**
	黄熱、Q 熱、狂犬病、マラリア、野兎病、ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、回帰熱、キャサヌル森林病、コクシジオイデス症、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、B ウイルス病、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、レジオネラ症、ロッキー山紅斑熱	**非感染性** (注 1)
五類	クリプトスポリジウム症、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、アメーバ赤痢、RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く)、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、水痘、先天性風しん症候群、手足口病、突発性発しん、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎	**感染性**
	インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)、ウイルス性肝炎(E 型肝炎及び A 型肝炎を除く)、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、クロイツフェルト・ヤコブ病、髄膜炎菌性髄膜炎、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、伝染性紅斑、マイコプラズマ肺炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症	**非感染性** (注 1)
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ	**感染性**
指定感染症		**感染性**
新感染症		**感染性**

(注 1)　ただし、血液等が付着したものは感染性廃棄物に該当する。

資料3「廃棄物分別一覧表」

廃棄物分別一覧表



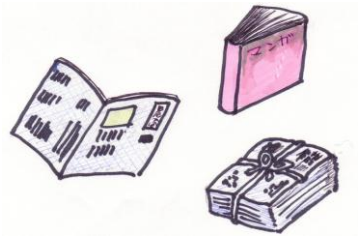
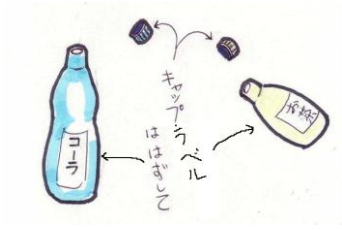
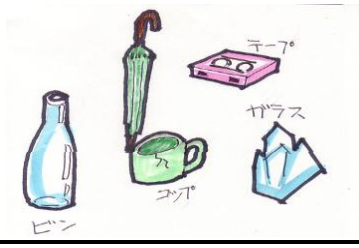
処理箱・シールから見た廃棄物一覧表

感染性医療廃棄物	５０ﾘｯﾄﾙ橙ダンボール			血液・体液が付着した恐れがあるもの。 ガーゼ、ディスポ手袋、綿棒、点滴のルート・ライン類、薬液ボトル・バック、チューブ類
	２０ﾘｯﾄﾙポリ容器			鋭利な物、メス・注射器・注射針が付いたシリンジ・通気針がついたライン・チューブ類 ハザードマーク赤共有 液状・泥状のもの
	５０ﾘｯﾄﾙポリ容器			５０リットルダンボール・２０リットルポリ容器に入らない感染性医療廃棄物（チェストドレーンバック） ハザードマーク赤共有 液状・泥状のもの
感染性廃棄物	５０ﾘｯﾄﾙダンボール			血液汚染のない非感染性紙おむつ （血液汚染のあるもの、※感染リスクがあるおむつは橙ダンボールに廃棄） ※別紙参照

※　廃棄物の移し替え防止、中間おき防止に心がけましょう。

ＩＣＴ委員会

処理箱・シールから見た廃棄物一覧表

一般廃棄物	燃えるごみ			紙等の可燃ゴミ・ビニール等の廃プラスチック類
	新聞・雑誌			新聞・雑誌
	ペットボトル			キャップ・ラベルをはがしたペットボトル本体（キャップ・ラベルは燃えるゴミ）
	カン		 ＊感染性廃棄物（特に針等鋭利な物）は絶対入れない事！！	アルミ・スチールでできた飲料缶・その他のスチール缶
	ビン			ビン・ガラス・その他の金属類 *感染性廃棄物 （特に針等鋭利な物は絶対に入れない）
	ペットボトルキャップ			ペットボトルのキャップははずして別に回収(800個で、ポリオワクチン１本が購入でき、6,300ｇのCO2を削減)
産業廃棄物	不燃物・その他			非感染性と判断されたアクリノール等茶褐色の空ビンや擦式消毒薬等プラスチック容器は、透明ビニール袋に入れて清掃者により回収、プラリサイクル分別（イソジンなどキャップを閉めて液だれ注意）

平成25年７月　済生会栗橋病院　用度管財課・施設課

Ⅶ.　部署別対応アニュアル

（リハビリテーション・透析室・栄養科・ＭＥ室・放射線科・医事課受付等）

リハビリテーション科感染防止対策マニュアル

スタッフはスタンダードプリコーションを守りましょう。

○ＭＲＳＡ・緑膿菌・多剤耐性緑膿菌・セラチア

訓練室にて行う場合は、時間帯は日の最後に行い、他の患者との同室を避けましょう。患者が多数の場合は、同室にて訓練施行としますが、患者同士の接近・接触はできるだけ避けましょう。

使用後の消毒方法は、分泌物が付着した場合はそれをふき取り、消毒液（エコ消エタ）でその場所を拭きましょう。使用後のマット・訓練用品（重垂バンド・ポール・平行棒等）も消毒液で拭きましょう。

訓練室で排出された汚染物質は、感染性廃棄物ボックスに破棄しましょう。マスクは喀痰が認められる場合は着用しましょう。

○感染症胃腸炎（ロタ・ノロウイルス等）

時間帯はなるべく他の患者との同室を避けます。患者が多数の場合は、同じ訓練機器の使用を避けましょう（平行棒等）。また使用後の訓練マットや訓練機器は次亜塩素酸ナトリウム（ハイター）で拭きましょう。訓練室で排出された汚染物質は、感染性廃棄ボックスに破棄しましょう。

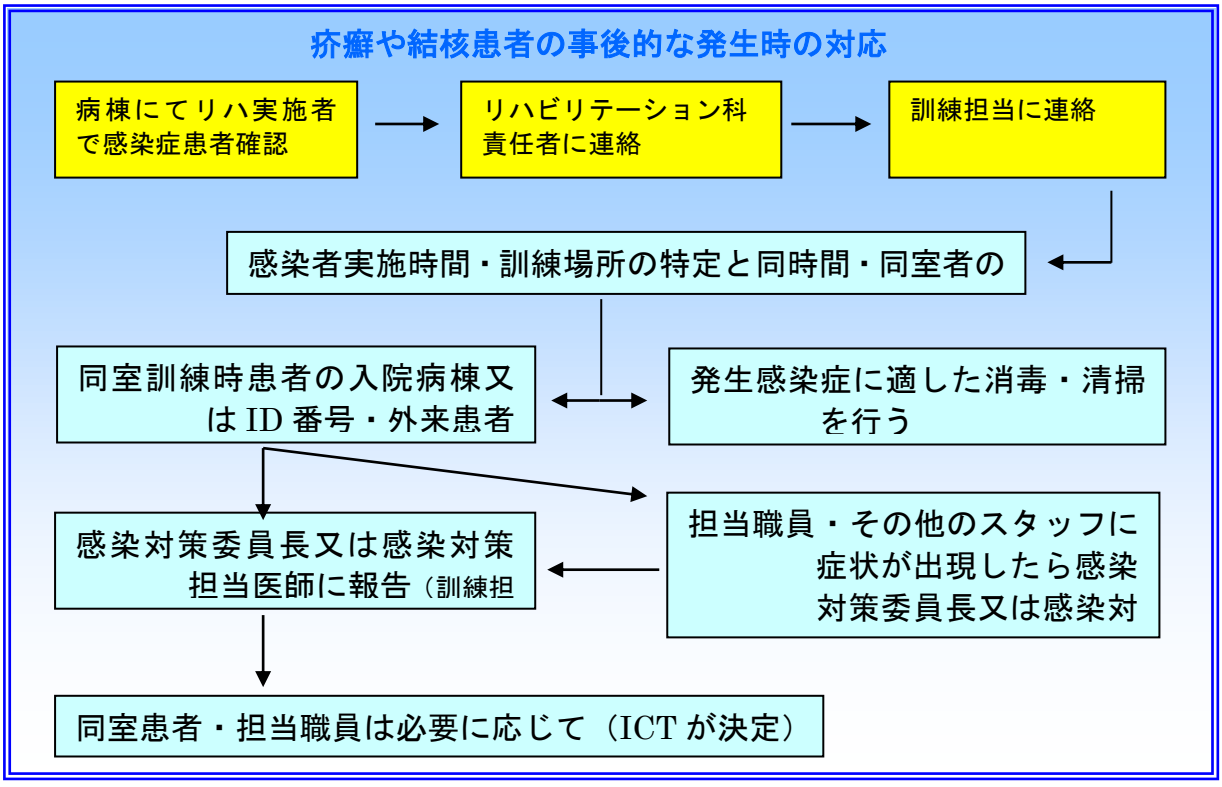
○疥癬

疥癬は基本的に病棟でのベッドサイドリハを施行とします。

疥癬発生が事後的に確認された場合の対処は別紙のフローチャートを使用

○結核

結核患者が事後的に確認された場合の対処は別紙のフローチャートを使用



注：詳細はリハビリテーション科マニュアルを参照

透析室感染防止対策（標準的消毒洗浄方法）マニュアル

１．手洗い

患者は、入室前に手洗い、エタプラスゲルでの手指消毒をしてもらっている。

２．ブラットアクセスの消毒

シャント、表在化の静脈側、透析用カテーテルはエタノールで消毒する。表在化、グラフトはイソジンで消毒する。透析の穿刺時、穿刺介助時、回収時は手袋を着用する。
穿刺針は、針捨て容器に穿刺後直接捨てる。

３．医療器具

ペアンは、水洗い後、中材にて消毒。休日の場合、酵素洗浄剤にて洗浄後、サイデックスに30分浸漬し、水洗後ふき取り後乾燥させる。

４．リネン類

透析後、シーツ、枕カバーの埃、髪の毛などを掃除用の粘着テープで清掃する。シーツ交換は1回／週の為、自分のタオルを持参してもらっている。血液汚染等がある場合そのつど交換する。

５．オーバーテーブル・棚・ベッド柵

透析終了後０．２％に希釈した次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。

６．コップ・スプーン・水のみ・ガーグルベースン・膿盆

洗剤又は酵素洗浄剤で洗浄した後ミルトンで１時間消毒（基本的には、自分用を持参）。

７．便器・尿器

院内感染防止対策マニュアル、標準予防策と感染経路別予防策－トイレ（Ｐ３１）参照。

８．透析室内の清掃

毎朝モップで清拭している。

９．感染患者への対応

① Ｂ型肝炎

HBe抗原ウイルス陽性患者の場合、透析室内のベットは固定とする。シャント肢側には、他の患者が来ない場所を選ぶ。使用後のベットは、シーツ交換する。血液飛散が予測されるベット周辺を次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。血圧計、聴診器は専用とし使用後はエタノール液で消毒する。体重測定は、通常通りに行ってもらう。

② ＭＲＳＡ

OJT　No,2によりMRSA感染者は基本的に個室で隔離透析を行う。使用後のベッドはシーツ交換する。血圧計、聴診器は専用とし、血液、体液、排泄物、皮膚落屑物が飛散している場合、低発砲除菌洗剤で清拭する。体重測定は通常通りに行ってもらう。外来の患者でMRSAの保菌者は、標準予防策で対応している。透析中に判定が出た場合は、移動できない為、患者にマスクを着用してもらう。透析室の構造上１ｍ以上ベッドや機械が離すことができない為、スクリーン、または、ロールカーテンを使用。使用後の消毒方法は、取り外しができないため保留中。

③ 結核（基本的に個室による隔離透析を行う。）

使用後のベッドは通常の洗浄のみでよい。病室内は1時間に７～12回の換気。1時間くらいの換気で感染の可能性がなくなるため、通常の清拭でよい。体重測定は通常通りに行ってもらう。受け持ち看護師を決め、入室を最低限とする。

④ 疥癬

出張透析となる。病棟では院内感染防止対策マニュアルに沿って行なう。

⑤ インフルエンザ

透析室マニュアルーインフルエンザ対応マニュアル参照。

〈透析機器の消毒方法〉

1.透析供給装置・配管・多人数用透析装置・個人用透析装置

最終透析終了後、消毒液を使用し機器の内部・配管・チューブの自動消毒洗浄を行う。
使用する消毒液は曜日、機器によって異なる。

機種	曜日	使用薬剤
透析液供給装置・配管	月・水・木・土	1%次亜塩素酸ナトリウム溶液
多人数用透析装置	火・金	1%次亜塩素酸ナトリウム溶液＋15%酢酸溶液
個人用透析装置 ＴＲ―７０００	月・水・木・土	6%次亜塩素酸ナトリウム溶液
	火・金	6%次亜塩素酸ナトリウム溶液＋30%酢酸溶液

2. 機器外装

最終透析終了後、0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を含ませたガーゼで清拭・消毒する。
血液・体液などで汚した場合は、放置せず水で十分に清拭後消毒する。

3. 出張用透析機器

部屋から機器を出す時は、スタンダードプリコーションに基づき外装、配管、チューブは0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液を含ませたガーゼで正式・消毒する。

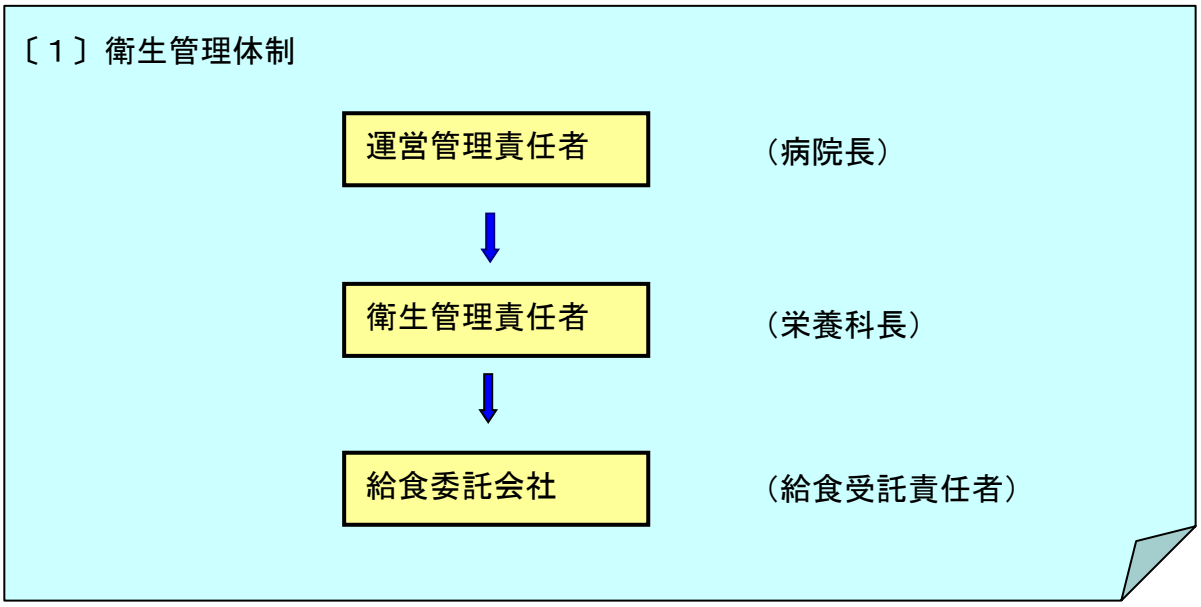
2007.4 改訂

〇スタンダードプリコーションを実行しましょう。

〇食中毒の予防のために・・・
給食委託会社と協同し衛生管理体制を確立します。
① 給食委託会社作成の「衛生管理マニュアル」に基づき、衛生管理を徹底します。
② 病院独自のシステムについては、厚生労働省通知〔大量調理施設衛生管理マニュアル〕に準じ作成した「栄養科衛生管理マニュアル」を使用し、衛生管理を徹底します。
③ 給食委託会社は、「衛生管理マニュアル」「栄養科衛生管理マニュアル」の徹底をはかり、日々の衛生意識の高揚と注意を喚起させるため、定期的に衛生教育を実施し、更なる衛生知識の向上に努めます。

注：詳細については「衛生管理マニュアル」「栄養科衛生管理マニュアル」を参照。

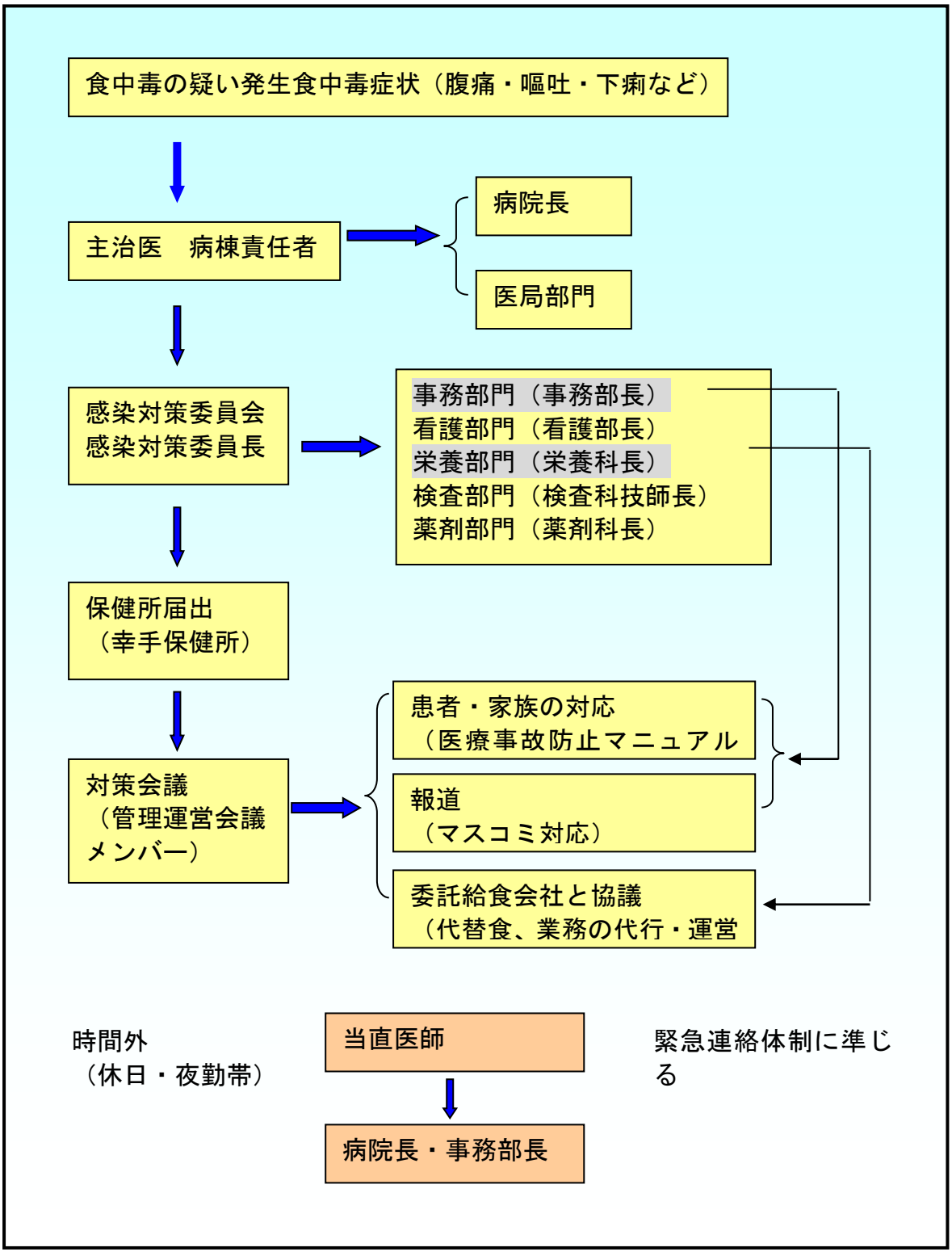
〔１〕衛生管理体制



〔２〕配膳に関する約束事項（2007.6.15～）

＊ 感染があるために部屋に入ってはいけない患者様については「面会謝絶」の表示がされているので、調理作業従事者は「面会謝絶」の部屋には配膳しない。（入室しない）
必ずナースステーションに声をかけ、看護師・看護補助の方に配膳してもらう。
＊ 個人情報保護のために病室に名前の表示がされていない患者様については、病室に入り、ベットサイドと食札の名前があっているかを確認し、ご本人の名前を呼んで確認をとってから配膳する。
＊ 病室配膳を基本とし、デイルームで召し上がる方の食事も病室へ配膳する。

〔３〕入院患者に食中毒症状が発生した場合の連絡体制



〔４〕入院患者に食中毒症状が発生した場合の各部門の対応

1.検査科部門
*病棟からの検体の迅速な判定
*栄養科職員の細菌検査実施
*委託給食会社調理作業従事者の細菌検査の実施（公休者も含む）
※経費は委託給食会社が負担する

2.診療・看護部門
*各病棟の状況報告・症状把握・治療・情報収集・入院患者への説明（対策会議で内容統一）
*保健所の調査に協力・院内の消毒（感染症の場合）

3.事務部門
*院内の状況把握
*発症者の状況を保健所へ報告
*入院者(病棟別)・外来者・職員の名簿作成（氏名、年齢、性別、住所）
*喫食者（発生前 14 日から）食種別に整理（退院者を含む）
*発症者の症状・発症日時・喫食確認（一般食・特別食の種類を分けて記入）
*入院患者への説明（対策会議で内容統一し、文章化した内容）
*職員への周知
*保健所の調査に協力
*代替食の搬入場所、盛り付け場所の設置

4.栄養部門
〔病院〕
*調理作業中止の指示
*病棟に患者数・症状・発生時間・食事摂取状況の確認
*調理開始から配膳までの経緯調査
*保健所の調査に協力

〔給食委託会社〕
*病院側と協議し、指示に従い対応する
*調理作業中止・調理室の現状保持
*調理作業従事者の健康調査と細菌検査（公休者も含む)の実施
⇒迅速な細菌検査結果が必要なため、病院検査科で実施する
結果が出るまで、調理作業従事者は自宅待機とする
*保存食（調理済・原材料）の廃棄処分禁止
*保存食（調理済・原材料）の提出準備
*発生前 14 日分の献立表・関係帳票類の提示準備
*保健所の調査に協力
*保健所の指示による調理室の清掃・消毒

5.薬剤部門
*医薬品の確保
*消毒薬品の確保

〔５〕原因が病院食と疑われる場合の対応（営業自粛・営業停止）

食中毒等の原因が病院給食であることが疑われる(判明)場合は、原因食品・原因物質が特定されていなくても、保健所と協議のうえ、院内の病院給食調理施設での業務を自主的に休止する。経費は通常通り、委託給食会社が負担し、以下の対応をとる。

*代替食、業務の代行者等の準備
*代替食の取扱い、盛り付けの口頭指示（保健所の許可があれば従事）
⇒・当院配属の調理作業従事者は自宅待機になるため、近隣施設より応援体制をとる
・自粛 1 日目の朝食は、職員食堂食品庫に保管してある在庫備蓄食品を中心に各患者様の食事内容に合わせて提供する
・患者給食調理室を現状保存するため、職員食堂調理室を使用する
*１日目昼食以降の代替食、使い捨て食器等の手配・購入
*２日目昼食以降であれば、セントラルキッチンでの対応ができる
パンや仕出し弁当等を併用して対応する
*営業停止期間は約５日間程度と予想される（保健所に確認する）
*食材の搬入は、営業再開当日分～調理室に納品することが可能（前日納品可能）と予想されるが、保健所の許可を取り対応する

1.食事内容

自粛 1 日目の朝食は、職員食堂食品庫に保管してある在庫備蓄食品を中心に、職員食用に保管してある食材を用いて提供する。セレクトメニューの対応はしないが、個別対応（刻み・とろみ等）は出来る限り対応する。

〔常食・軟食（全粥・七分・五分まで、治療食含)〕

主食は食札に準じる
味噌汁（分粥まで展開できるように在庫の野菜等を使用する）
⇒塩分制限は半量にて提供
鮭缶 50g／醤油 2g
⇒蛋白制限 30・40g は半量にて提供
ふりかけ類（七分・五分はたいみそ）
缶フルーツ（エネ・コレは生果物があればそれを使用する）

〔三分（治療食含)〕

主食は食札に準じる
味噌汁（具は刻む）⇒塩分制限は半量にて提供
鮭缶煮 30g／醤油 2g
たいみそ
缶フルーツ

〔流動食〕

重湯（塩を少量入れて調整する）
味噌スープ
缶フルーツのピューレ、又は 30%りんごジュース

自粛 1 日目の昼食以降は順次、委託給食会社が手配し対応する。
この場合も、できる限り一般食・特別食の内容に配慮し対応する。

2.盛り付け・半調理の場所は保健所の許可を得る

代替食の盛り付け・半調理(温める等)は、職員食堂調理室にて行う。
使用する調理室・器具類は病院の指示で、委託給食会社が実施する。
ただし、当院配属の調理作業従事者は食品に直接触れる作業への従事は禁止し、口頭指示。
検査科細菌検査結果が陰性で、保健所の許可があれば、従事する。

3.盛り付け担当

当院配属の調理作業従事者は食品に直接触れる作業への従事は禁止し、近隣施設からの応援従業員が担当。
検査科細菌検査結果が陰性で、保健所の許可があれば、従事する。

4.病棟での配膳

当院配属の調理作業従事者は食品に直接触れる作業への従事は禁止し、近隣施設からの応援従業員が担当。
検査科細菌検査結果が陰性で、保健所の許可があれば、従事する。

5.使用食器

食器類……使い捨ての物を手配・購入し使用。(委託給食会社が負担する)
トレイ……保健所の許可を得て、現在使用の物を消毒後使用する。

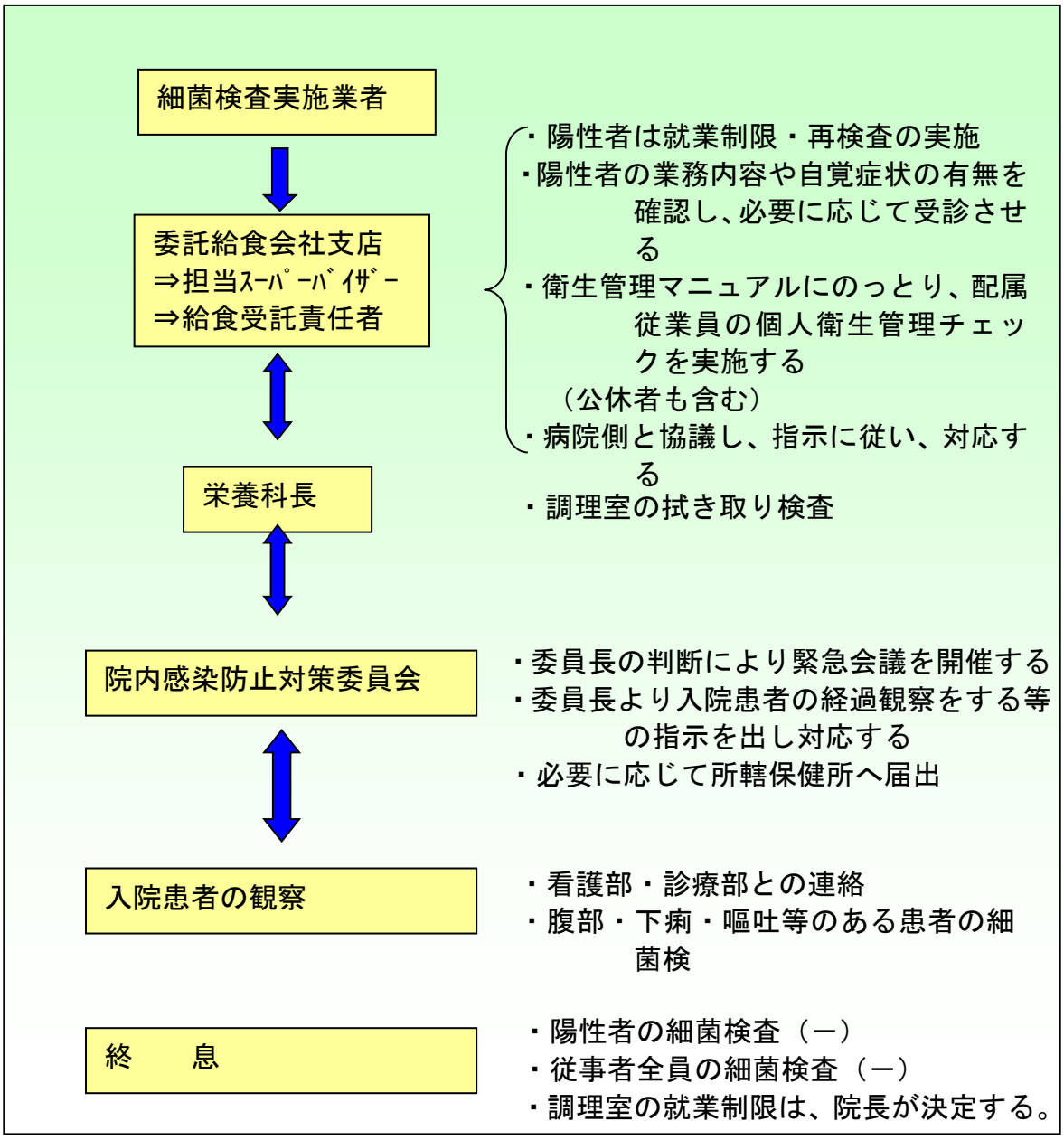
6.温・冷配膳車

トレイの使用が出来る場合、保健所の許可を得て、現在使用の温・冷配膳車を消毒後使用。配膳車は、職員食堂に設置する。
(専用コンセントがないため温度管理は出来ない。普通の配膳車として使用する)

(備考)

患者給食の提供を優先し、職員食堂(調理室・食堂)を使用して患者給食を提供するため、通常の職員食の提供は出来なくなる。
この場合、職員食の手配・提供等は委託給食会社が行う。納品場所は事務部門に確認し、会議室等を利用し提供する。
委託給食会社の過失による事故である場合、経費は委託給食会社が負担する。

〔６〕給食関係従事者等に食中毒症状が発生した場合
定期検便から食中毒原因菌が検出された場合の対応



留意事項
***O－157 等の腸管出血性大腸菌でベロ毒素を産生していない場合は、一般の食中毒菌と同様の対応となる。**
***所轄保健所への届出を行うと、陽性者宅への立ち入り検査が実施される。**

検査・調査項目
***本人及び家族の便培養検査**
***食事摂取の場所、食事内容**
***住居の消毒(腸管出血の場合は適用されない**

ＭＥ機器感染予防対策マニュアル

Ⅰ　ＭＥ機器の消毒レベル

1. ＭＥ機器に係わる感染予防にあたっては、感染の有無にかかわらずスタンダードプリコーションに基づく取扱いをして下さい。

　ＭＥ機器の消毒レベルは、多数の機器がノンクリティカル（創のない皮膚に接触するもの）に分類されます。したがってＭＥ機器全般の消毒は、低水準消毒薬を用いて下さい。

セミクリティカル（粘膜や創のある皮膚に接触するもの）や感染症に用いた場合は、該当薬液による消毒か滅菌を行って下さい。

Ⅱ　留意事項

1. 機器を介しての感染を防ぐうえで日常的な清掃を心がけることが大切です。誤って汚した場合は、放置せず速やかに拭き取って下さい。

感染の拡散防止のため、汚染された機器及び器具を移動する時は消毒をするか、ビニール袋で梱包して下さい。

2. 血液・体液など有機物の付着がある場合の消毒は、薬液によりタンパク質が変性、固着して消毒効果が不十分となるため、水で十分に清拭後行って下さい。

3. 機器の操作や日常点検などで汚染された区域への出入りや感染患者さんとの接触にあたっては、その前後に必ず手指の消毒をしてください。必要に応じマスク、ガウン、手袋を着用してください。汚染された機器の清掃にあたっても必要に応じマスク、手袋を着用し、自らの安全に留意して下さい。

4. ＭＥ機器管理室から貸し出した機器について感染症に用いられることがあらかじめ判っている場合または後から判明した場合は、必ずＭＥへ連絡をして下さい。

5. 各部署に配備されている機器は、部署ごとに責任を持って対策を行って下さい。

※　ＭＥ機器及び器具を消毒する場合は、「ME機器の具体的な滅菌・消毒方法」を参照、詳細については、各機器のマニュアルを参照して下さい。該当薬液以外での消毒は、機器を破損する可能性があります。

Ⅲ　ME 機器の具体的な滅菌・消毒方法

機種		使用薬剤	ﾘｽｸ分類	備考
人工呼吸器 麻酔器	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	呼吸器回路	高圧蒸気滅菌	ｾﾐｸﾘﾃｨｶﾙ	
	各種ﾌｨﾙﾀｰ	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	表面のみ清拭、内部は水分禁
	ﾃｽﾄﾊﾞｯｸ			
ﾓﾆﾀｰ	ﾓﾆﾀｰ外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	血圧用ｶﾌ			
	SPO2ﾌﾟﾛｰﾌﾞ			
	ECGﾘｰﾄﾞ線			
輸液・ 輸注ﾎﾟﾝﾌﾟ	ﾎﾟﾝﾌﾟ本体	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
DC	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	ﾊﾟﾄﾞﾙ			
	ECGﾘｰﾄﾞ線			
IABP	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	表示部			ｱﾙｺｰﾙ禁
	ECGﾘｰﾄﾞ線			
酸素ﾃﾝﾄ	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	機械内部			
	ﾋﾞﾆｰﾙﾃﾝﾄ			
高低体温維持装置	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ﾌﾞﾗﾝｹｯﾄ			
	直腸温ﾌﾟﾛｰﾌﾞ	0.1％次亜塩素酸1時間の浸漬	ｾﾐｸﾘﾃｨｶﾙ	ｱﾙｺｰﾙ禁
超音波ﾈﾌﾞﾗｲｻﾞｰ	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	水槽			
	部品	ﾊｲﾀｰ1時間の浸漬(100倍)		
	送気ﾁｭｰﾌﾞ	ﾊｲﾀｰ1時間の浸漬(100倍)	ｾﾐｸﾘﾃｨｶﾙ	
ｸﾘｰﾝﾙｰﾑ	機器本体外装	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ﾋﾞﾆｰﾙﾃﾝﾄ			
高圧酸素治療装置	機器本体	0.1%塩化ﾍﾞﾝｻﾞﾙｺﾆｳﾑ又は除菌クロスにて清拭	ﾉﾝｸﾘﾃｨｶﾙ	
	ｱｸﾘﾙｼﾘﾝﾀﾞｰ			ｱﾙｺｰﾙ禁
	ﾏｯﾄ			
	ｽﾄﾚｯﾁｬｰ			次亜塩素酸禁

※機器が汚れている場合は、水で十分に清拭後消毒して下さい。
※塩化ベンザルコニウム液を使用する場合は、ガーゼにて清拭し使用後は廃棄してください。

放射線科感染症発病及び感染症疑い時の対応方法

MRSA

1. 感染症疑い時は発症時と同じ対応で行う。
2. 患者がサージカルマスク、Ｎ９５マスクを使用している時はマスクの使用は不要。
3. 撮影後はエタプラスゲルＡ液にて扉のトッテ、装置のSW部、カセッテ等の接触部の清拭消毒を行なった後、通常業務を行なう。
   (薬品名：エタプラスゲルＡ液)
4. 担当者は石鹸を使用し流水で手洗いを行った後、消毒液にて消毒を行う。
5. 原則として午後の最後に撮影を行う。

(MRSA・ポータブル撮影)

1. 撮影者は病棟看護師の指示に従い、入室前にエタプラスゲルＡ液にて手を消毒後ビニールエプロン及びマスクを着用して入室する。
   （退室後も再度消毒液にて手を消毒する）
2. カセッテは、入室前にビニール袋を用意し、カセッテを入れて撮影をする。
   (ビニール袋は病棟の医療用ゴミ箱に捨てる)
3. ビニール袋を使用せずに撮影を行った場合は、必ずカセッテを消毒液にて清拭消毒し乾燥するまでは使用しない事。
4. 機器（ポータブル本体）は撮影終了後、接触部分を消毒液にて清拭消毒する。
5. 撮影者は石鹸を使用し手洗いを行った後、消毒液にて消毒を行う。
6. 基本的に撮影は最後に行う。

(自己習慣について)

1. 日頃から首より上部を手で触れない習慣を身につける（メガネ、前髪、鼻等）
2. 特に撮影前には触れない事（MRSAの伝播を防ぐ為）

[結核疑い]

1. Ｎ９５マスク又はサージカルマスクを使用する(患者のマスクがフイットしているか確認する事。但し、撮影室内では患者が同じマスクを使用している時は不要)
2. 透視検査室内の時は塩酸アルキルジアミノエチルグリシンを空中散布消毒し、扉のトッテ、装置のSW部、寝台等の清拭消毒を行う。（薬品名：キンサール液）
3. 担当者は石鹸を使用し手洗いを行う。撮影室は空気の換気は必要であるが行わない（空調は必ず止める）
4. 基本的に撮影及び検査は最後に行う。

疥癬症

1. 必ずディスポ手袋を使用して撮影を行う。
2. 撮影終了後、接触部分及び撮影室床全体にピレスロイド系殺虫剤を散布した後消毒用アルコールにて触れた部分を清拭後に使用する。
3. 担当者は石鹸を使用し手洗いを行なう。
4. 更衣に付いては出きるだけ患者本人の物で行う、検査着等を使用した時はビニール袋に入れて密封し、必ず疥癬と記入して一般リネンと共に出す。
5. ディスポシーツを使用した時は検査後廃棄する。

その他

その他の感染症については院内感染対策マニアル書にそって対応する。

各撮影室及び検査室の予防対策

1. 上記対応方法を参考にして行う。
2. その他の感染症についても同一とする。

（毎朝行っている事）

1. 撮影室及び通路は水道水にて毎朝床掃除を行う（業者）
2. 消毒用アルコールによる撮影用補助器具、撮影台、オートチェンジャー等の機器を清拭消毒する（技師）

（適宜に行う事）

1. 手洗いを行い、エタプラスゲルＡ液にて消毒を行う事。
2. 消毒用アルコールで撮影台、補助具、チェンジャー等の清拭消毒を行う。
3. カセッテの汚れ等による清拭消毒は計画的に行う。

（環境に関すること）

1. 間仕切り等のカーテン交換。2回/年（汚れ等が多い時は臨時で交換）行う（業者）
2. 床の定期的清掃及びワックス塗り（1回/2ヶ月）（業者）

注：詳細については放射線科マニュアルを参照。

感染患者に対する取り扱い

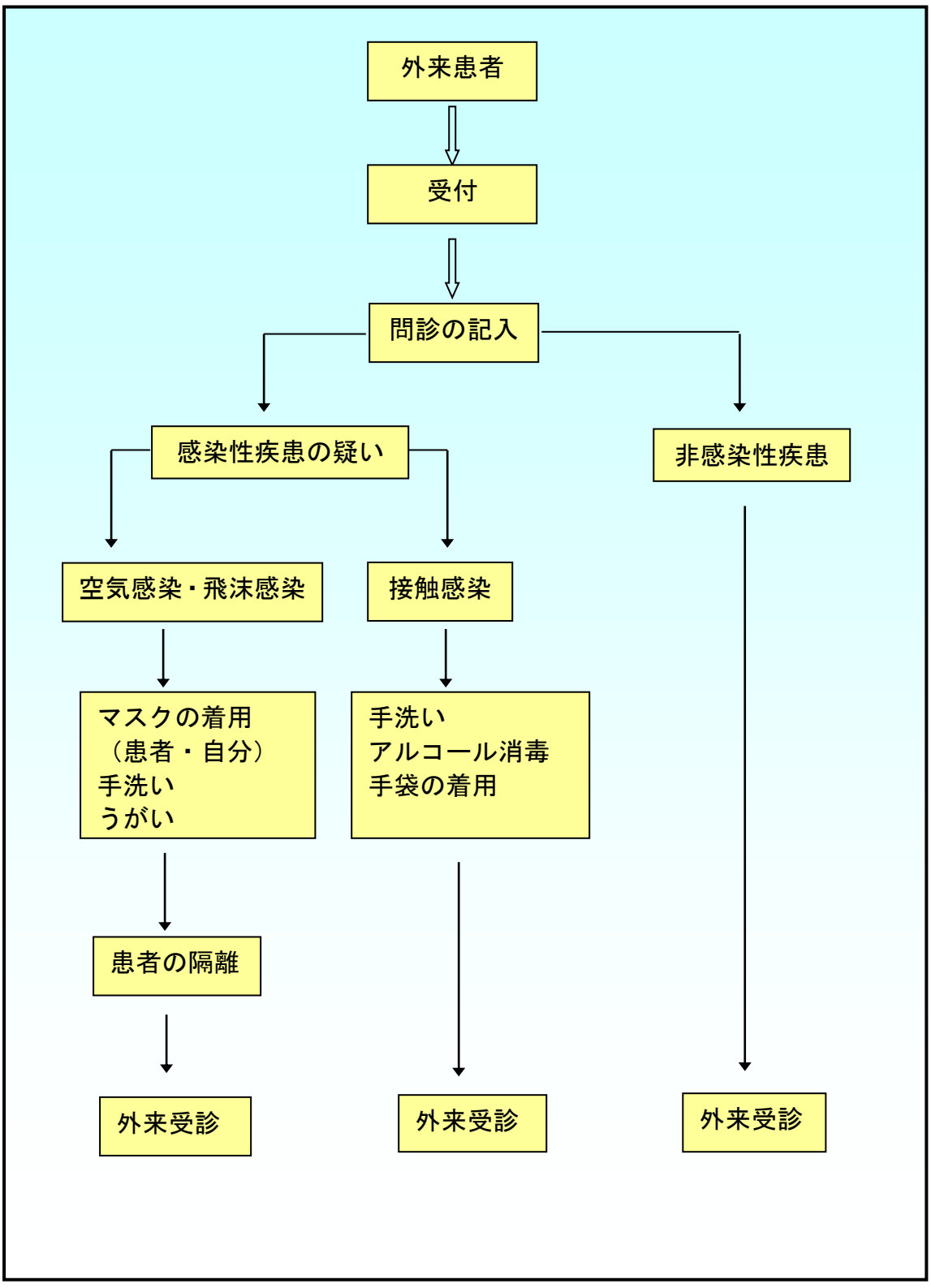
1. 問診表を書いていただきましょう。
2. 感染が疑われる患者さんには、別の場所にてお待ちいただくようお話をしましょう。(お連れするときは、人の少ない場所から、ご案内するようにしましょう。)
3. 各科の責任看護師に連絡をして、指示を仰ぎましょう。
   (名前、何の疑いなのかも伝えましょう)
4. 家族と一緒に来院された患者さんには、家族の方に手続きをするよう薦めましょう。

感染症の取り扱い

1. 空気感染･飛沫
   * 患者さんにマスクをしていただくよう、ご理解を求めて勧めましょう。
   * 必要であれば患者さんにお断りして自分もマスクをしましょう。
   * 手洗い･うがいをしましょう。

2. 接触感染
   * 手洗いをしましょう。
   * 必要に応じて、手袋を着用しましょう。
   * 接触した場所は、適切な消毒をしましょう。

外来患者による感染防止対策フローチャート



臨床検査科の感染予防対策マニュアル

臨床検査科の患者検体に関しては、スタンダードプリコーションにのっとり、検査を行い、検査済み検体を処理しております。
感染患者さんと接する部門として、採血室と生理機能検査と内視鏡室があり、検査科では病棟採血も行っております。採血にあたり一般予防策を守り、特に病棟採血に関しては、病棟の感染防止マニュアルに従い行っています。本来、職員の感染防止のため、または感染源にならないためにディスポ手袋を使用するようになってきておりますが、慣れていないことと患者さんに対しては、今までの日本の風習・考え方では受け入れていただけない部分もあり、しばらくディスポザブル手袋は使用いたしませんが、少しずつ使用する方向でご理解いただくように心掛けたいと考えております。

【生理機能検査】
スタンダードプリコーションを重視したいと考えますが、心電図の電極・ベッドのシーツなどに関しては、明らかな感染症患者さんのあとや血液や粘液の汚れは勿論、単に汚れが強い場合などには交換する。また、週一回の定期交換を行っているのが現状です。

- 接触感染に関して、ベッドには防水シーツにて対応する。
- 機械類（洗浄・消毒できる物）は分解して洗浄・消毒を行う。
- 手洗いの充実
- 飛沫や空気感染に関しては、換気の悪い部屋が多くなかなか難しい問題ではあるが、換気扇の対応などでなるべく換気に心掛ける。明らかに感染症患者さんを解かっている場合の入室は、外来終了後や一番最後での対応をさせていただく。
- 接触感染などでも原則的には外来終了後や一番最後での対応が良いが、必ずでもなく、シーツやその他感染する部分や物に関して、ディスポ化できるものの検討も考慮する。
- 室内消毒は飛沫関連では部屋の換気に心掛ける。接触感染はあちこち触られないように注意して、ディスポシーツなどを使用する。

内視鏡室 洗浄・消毒マニュアル

埼玉県済生会栗橋病院 内視鏡室

東芝社製　内視鏡機器(スコープ)の洗浄・消毒

① 患者より引き抜かれた内視鏡表面の粘液をぬれガーゼでふき取る。
② おけに水を溜め、スポンジを用い粘液などをさらに拭い取る。
③ 吸引ボタン・送気・送水ボタンを何度か押し水道水を吸引，送気・送水を行う。
④ 中性洗剤で内視鏡操作部から先端までスポンジを用いこすり洗いをする。
⑤ 鉗子口栓を外し洗浄ブラシで鉗子口を３回ブラッシングする。なおブラシに付いた粘液はその都度取り除くこと。
⑥ 送気・送水口のジョイントを外し、専用アダプターを接続。シリンジを用いて中性洗剤水溶液を 20ml 注入後、水道水を 60ml 注入する。
⑦ 水洗は内視鏡表面の洗剤成分を完全に洗い流す。これは多量の水で流しかつ、病原菌を感染しないレベルまで希釈する意味で行う。この作業終了まで吸引される洗剤および水道水は 300～400ml とする。
⑧ 消毒液(オルトフタルアルデヒド:OPA　0.55%液)に浸漬、吸引ボタンを 2～3 回押し消毒液を吸引する。
⑨ 消毒液浸漬２分後(注：１)に水道水で消毒液を洗い流す。また吸引を用い水道水を 500ｍl 吸引する。鉗子口栓をディスポーザブルとして新しい物に取り替え内視鏡表面の水滴をタオルで拭き取る。
⑩ 検査開始前に吸引，送気，送水の異常が無い事を確認する。

注：１日本消化器内視鏡技師会のガイドラインではオルトフタルアルデヒド消毒は 5 分であ

るが上記水洗法にて感染力がないレベルになっており東海大の研究によれば粘液等のない HBｓ抗原が２%グルタールアルデヒド消毒 10 秒で死滅すると考えられている。当施設の洗浄法であれば 2 分の消毒時間は十分である。

FTS 内視鏡洗浄マニュアル

上部及び下部のスコープは洗浄アダプター・送気送水ボタン・吸引ボタン・鉗子孔栓がちがうので、それぞれの洗浄マニュアルを参照すること。

＜下部＞

1. スコープ抜去後外側に付着した汚れを濡れガーゼ等で拭き取る。
2. オケにぬるま湯を溜めスコープを入れる。各ボタンを指で押さえ吸引･送気･送水を行う。
3. スポンジを用い外側の汚れを軽く洗い落とし、送気・送水ポンプを OFF にする。
4. 少量の湯を溜め中性洗剤溶液を作り、スポンジで操作部から順に丁寧に洗浄して行く。
5. 各ボタンをはずし、水洗・ブラッシングを行い酵素洗剤へ漬ける。（検査終了後まとめて超音波洗浄・オートクレーブ滅菌）
6. 鉗子孔のブラッシング　長いブラシで①鉗子孔から内視鏡先端まで・②吸引ボタン口からユニバーサルコード側コネクタまで，短いブラシで③吸引ボタン口から鉗子孔までの計 3 箇所を 3 回以上ブラッシングする。新しい鉗子孔キャップを取り付け終了。
7. 送気・送水ボタン口にアダプター（写真）を取り付け洗剤 10ｍｌ，水 30ｍｌの順で洗い流す。
8. ２個所あるジェット孔に各、洗剤 10ｍｌ，水 30ｍｌの順で流す。（図）
9. 吸引ボタン口にアダプター（上部共用）を取り付けると吸引し続けるのでそれらを利用して洗浄，すすぎを行い、ボトルに 300～400ｍｌの目安で終了とする。
10. 消毒　各洗浄アダプターは取り付けたままの状態で鉗子孔の水を吸いきってからスコープより吸引ホースをはずし消毒槽（OPA）に漬ける。ユニバーサルコード側吸引コネクタからシリンジで消毒液 30ｍｌを注入し、取り付けたままで２分以上の消毒を行う。
11. すすぎ　スコープをオケに移し、ぬるま湯で洗浄しながら送気・送水ボタン洗浄アダプターに 30ｍｌを注水，２個所あるジェット孔に 30ｍｌ注水を行い、吸引ホースをつなぎ吸引すすぎをしっかり行う。ボトルに 500ｍｌの目安で終了とする。
12. 検査終了後　漏水チェック：ボタン類を装着し吸引ホースを抜く。送気・送水用ポンプを OFF の状態で、スコープの通気コネクタに気密テスター(LT-7)を取り付ける。気密テスターのバルブを締め指針が 20ｋＰａになるまで加圧し、水中下でのリークチェックを行う。
13. 乾燥：２個所あるジェット孔はアルコールフラッシュを行う。洗浄用アダプターをはずし乾燥用に付け替える。（写真）吸引ホースを取り付け乾燥し、送気・送水孔は空の送水ボトルに交換してから本体ポンプを作動させ乾燥。4～5 分後乾燥ラックへ。

FTS 内視鏡洗浄マニュアル

上部及び下部のスコープは洗浄アダプター・送気送水ボタン・吸引ボタン・鉗子孔栓がちがうので、それぞれの洗浄マニュアルを参照すること。

＜上部＞

1. スコープ抜去後外側に付着した汚れを濡れガーゼ等で拭き取る。
2. オケにぬるま湯を溜めスコープを入れる。各ボタンを指で押さえ吸引･送気･送水を行う。
3. スポンジを用い外側の汚れを軽く洗い落とし、送気・送水ポンプを OFF にする。
4. 少量の湯を溜め中性洗剤溶液を作り、スポンジで操作部から順に丁寧に洗浄して行く。
5. 各ボタンをはずし、水洗・ブラッシングを行い酵素洗剤へ漬ける。（検査終了後まとめて超音波洗浄・オートクレーブ滅菌）

6. 鉗子孔のブラッシング　長いブラシで①鉗子孔から内視鏡先端まで・②吸引ボタンロからユニバーサルコード側コネクタまで，短いブラシで③吸引ボタンロから鉗子孔までの計3箇所を3回以上ブラッシングする。（図）新しい鉗子孔キャップを取り付け終了。
7. 送気・送水ボタンロにアダプター（上部専用）を取り付け洗剤10ｍｌ，水30ｍｌの順で流す。
8. 吸引ボタンロにアダプター（下部共用）を取り付けると吸引し続けるのでそれらを利用して洗浄，すすぎを行い、ボトルに300～400ｍｌの目安で終了とする。
9. 消毒　各洗浄アダプターは取り付けたままの状態で鉗子孔の水を吸いきってからスコープより吸引ホースをはずし消毒槽（OPA）に漬ける。ユニバーサルコード側吸引コネクタからシリンジで消毒液30ｍｌを注入し、取り付けたままで２分以上の消毒を行う。
10. すすぎ　スコープをオケに移し、ぬるま湯で洗浄しながら送気・送水ボタン洗浄アダプターに30ｍｌを注水，吸引ホースをつなぎ吸引すすぎをしっかり行う。ボトルに500ｍｌの目安で終了とする。
11. 検査終了後　漏水チェック：ボタン類を装着し吸引ホースを抜く。送気・送水用ポンプをOFFの状態で、スコープの通気コネクタに気密テスター(LT-7)を取り付ける。気密テスターのバルブを締め指針が 20ｋＰａになるまで加圧し、水中下でのリークチェックを行う。
12. 乾燥：洗浄用アダプターをはずし乾燥用に付け替える。
13. 吸引ホースを取り付け乾燥し、4～5分後乾燥ラックへ移す。

～内視鏡室マニュアルより抜粋～

平成22年12月20日追加

7　気管支鏡検査

【検査場所】
本館1F　放射線科テレビ室
【受付手順】
外来様患者：自動再来受付機→外来受付→処置室（点滴を入れ前処置）→放射線科テレビ室
入院患者様：病棟（点滴を入れ前処置）→放射線科テレビ室
【検査手順】
気管支内視鏡番号・検査機器番号（PVE）の番号を検査台帳にナンバーリングする→気管支内視鏡報告書（3枚複写）に気管支内視鏡番号・検査機器番号を記入する
→診察券でエンボスを押し患者様の氏名（漢字）・年齢・依頼医師名・依頼科名を記入.
（詳細は事務部受付マニュアル参照）
咽頭麻酔を医師が放射線科テレビ室で行う.
（詳細は12.内視鏡室＜看護師、技師共融マニュアル＞12-5 気管支鏡を参照）
患者様氏名等が記入してある報告書に技師がMO番号（ディスク番号・開始番号）を記入する.
前処置の完了した患者様を担当看護師が検査台まで誘導し仰臥位にする.
内視鏡本体・処置具一式をテレビ室まで運び入れる．→コンセントを入れ，操作室側のサブモニターへの映像ケーブルを接続．スコープを本体に差込みMOを書き込み可能状態にする．気管支内視鏡報告書に記入されている患者様氏名・ID番号・検査医師名・気管支内視鏡番号を内視鏡本体に入力しMO番号（ディスク番号・開始番号）を記入する.
滅菌済のマウスピースを用意し，サージカルテープを2本で固定する.
ガーゼを目隠しする様に貼る.
細胞診用の95%アルコール固定液と滅菌生理食塩水スピッツに用意する.
＜検査開始＞
放射線用プロテクターを着用する．検査中医師の指示に従い以下の処置具を準備する
◎細胞診ブラシ　◎鉗子　◎キュレット　◎採痰スピッツ◎ガイドシース◎誘導子
（処置具は１.検査機器・使用処置具を参照）
（検体採取の方法は7-1.気管支鏡検体処理を参照）
（GS法については7-2.　経気管肺胞生検（GS法）を参照）

全て滅菌済の処置具であり，患者様ごとに新しい物と交換して行く.
正常所見・異常所見を医師がスコープ操作部スイッチを押し MO 静止画に記録.
患者様咽頭内よりスコープを抜去し検査終了とする→光源ランプ停止を技師が行う→使用後すぐに酵素洗剤液を 100ml 吸引し，スコープを技師が内視鏡室で洗浄・消毒する（詳細は 9.内視鏡室 洗浄・消毒マニュアル（気管支鏡）を参照）

【結果提出】
MO を記録可能状態から解除し，内視鏡室パソコンのレーザープリンターで印刷する
報告書 1 枚目：オリジナルとして内視鏡室にファイリング
報告書 2 枚目：外来カルテに受け付け事務員が貼り付け
報告書 3 枚目：病理組織採取時に病理依頼伝票と共に提出
（採取していなければ内視鏡室保管）

【結果保存】
＜画像＞　MO（静止画）・VHS 動画（必要時）
＜報告書＞　ファイリング
＜患者情報＞　気管支鏡番号・検査日・患者様 ID・患者様氏名・生検の有無を PC でデータベース管理.

【備考】TB を疑う症例の場合

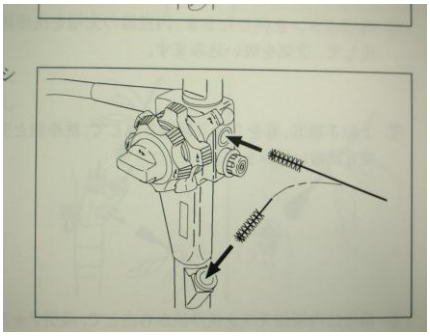
- 検査に携わるすべてのものはガウンとＮ95（ＴＢ用マスク）、キャップ、ゴーグルを装着し検査を行う。
- 検査終了後、検査台・周辺機器（内視鏡本体など）等を【キンサール】を滲み込ませたガーゼで清拭する。
- 検査室は一時間閉鎖。閉鎖後内視鏡機器を撤収する。
- 気管支鏡スコープの洗浄は、9.内視鏡室 洗浄・消毒マニュアル（気管支鏡）に順ずる。

８　フジフィルムスコープ洗浄マニュアル

スコープ　上部 ＥＧ-５９０ＷＲ（ＦＴＳ）
ＥＧ-５３０Ｎ（ＦＴＳ）
下部　ＥＣ-５９０ＷＭ（ＦＴＳ）
ＥＣ-５９０ＺＷ/Ｍ（ＦＴＳ）

用手法によるスコープ洗浄方法

1. スコープ抜去後外側に付着した汚れを濡れガーゼで拭き取る。
2. オケにぬるま湯を溜めスコープを入れる。各ボタンを指で押さえ吸引･送気･送水を行う。
3. スポンジを用い外側の汚れを軽く洗い落とし、送気・送水ポンプを OFF にする。
4. 少量の湯を溜め中性洗剤溶液を作り、スポンジで操作部から順に丁寧に洗浄して行く。
それと同時に中性洗剤溶液を 100～200ｍｌ吸引する。
5. 吸引ボタン、送気送水をはずし、水洗・ブラッシングを行い酵素洗剤へ漬ける。
（ボタンは検査終了後まとめて超音波洗浄を行い、オートクレーブ滅菌を行う）
6. 鉗子孔のブラッシング
ブラシで①吸引ボタン口から鉗子孔まで②鉗子孔から内視鏡先端まで③吸引ボタン口からユニバーサルコード側コネクタまでの計 3 箇所を 3 回以上ブラッシングする



7. 送気・送水ボタン口に A/W 管路洗浄アダプターを取り付け中性洗剤液 10ｍｌ，水 30ｍｌの順で流す。(下部スコープはジェット口にも中性洗剤液 10ｍｌ，水 30ｍｌの順で流す。)
8. 吸引ボタン口にアダプターを取り付けると吸引し続けるのでそれらを利用してすすぎを行い、ボトルに 300～400ｍｌの目安で終了とする。

＊水洗は内視鏡表面の洗剤成分を完全に洗い流す。これは多量の水で流しかつ、病原菌を感染しないレベルまで希釈する意味で行う。この作業終了まで吸引される洗剤および水道水の総量は最低 400～500ｍｌとする。

注：クリップを使用したスコープは洗浄前に一度鉗子を通す。

消毒方法

スコープの消毒方法には、消毒機（強酸性水）を使用する方法と薬液（OPA）を使用する方法があり、消毒の際にはそれぞれのマニュアルを参照すること

消毒機（強酸性水）を使用する場合

１．酵素洗剤溶液にスコープを 3 分間浸漬する。管路内を酵素洗剤溶液で満たすために、吸引口から５０ｍｌのシリンジで酵素洗剤溶液を注入する。
（酵素洗剤は規定濃度に希釈し、恒温槽にて 40℃前後に加温し使用）
2. すすぎ
恒温槽から取り出し洗剤成分を完全に洗い流す。すすぎ時、水を最低 500ｍｌ吸う。
３．消毒機に入れる…８分間
内訳：強酸性水２分、すすぎ３分、この間水の入れ抜きで各１分半かかる

薬液（OPA）を使用した場合

１．各洗浄アダプターは取り付けたままの状態で鉗子孔内の水を吸いきってから、スコープより吸引ホースをはずし消毒槽（OPA）に浸漬。ユニバーサルコード側吸引コネクタからシリンジで消毒液５0ｍｌを注入し、取り付けたままで２分（注１）以上の消毒を行う。
２．スコープをオケに移し、ぬるま湯で洗浄しながら送気・送水ボタン洗浄アダプターに 30ｍｌを注水，吸引ホースをつなぎ吸引すすぎをしっかり行う。ボトルに 500ｍｌの目安で終了とする。

注：１　日本消化器内視鏡技師会のガイドラインではオルトフタルアルデヒド消毒は 5 分であるが、上記のようにスコープを用手法にて洗浄することにより感染力がないレベルにおとしており、東海大の研究によれば粘液等 のない HBｓ抗原が２%グルタールアルデヒド消毒 10 秒で死滅すると考えられている。
当施設の洗浄法であれば 2 分の消毒時間は十分である。

検査終了後の管理

１．漏水チェック：ボタン類を装着し吸引ホースを抜く。スコープの通気コネクタに気密テスター(LT-7)を取り付ける。気密テスターのバルブを締め指針が 20ｋＰａになるまで加圧し、水中下でのリークチェックを行う。
２．外装の破損、アングル作動のチェック

３．スコープの乾燥
洗浄用アダプターをはずし乾燥用に付け替える。吸引はホースを取り付け乾燥し、送気・送水孔は乾燥用のアダプターで蓋をし、本体ポンプを作動させ乾燥。
乾燥後、専用ラックに保管

9　内視鏡室 洗浄・消毒マニュアル（気管支鏡編）

1. 患者より引き抜かれた気管支鏡表面の粘液をぬれガーゼでふき取り、洗剤を約 100ml 吸引してからスコープを内視鏡室へ運搬する。
2. 水を溜めた桶の中で、スポンジを用い粘液などさらに拭い取る。
3. 少量の湯を溜め中性洗剤溶液を作り、吸引をかけ吸引管路内を中性洗剤で洗浄し、外装は内視鏡操作部から先端までスポンジでこすり洗いをする。
4. 鉗子口栓を外し洗浄ブラシで①吸引ホース接続部から吸引ボタン口まで②吸引ボタン口から鉗子口合流部まで③鉗子口から先端までを３回以上ブラッシングする。なおブラシに付いた粘液（汚染物）はその都度取り除くこと。
5. すすぎは内視鏡表面の洗剤成分を完全に洗い流す。これは多量の水で流しかつ，病原菌を感染しないレベルまで希釈する意味で行う。この 3. の過程から作業終了まで吸引される洗剤および水道水は 400ml 以上とする。
6. 吸引アダプターを取り付け，鉗子孔栓を新しい物に交換、使用した吸引ボタンは酵素洗漬け置きし超音波洗浄機にかけてからオートクレーブ滅菌を行う。
7. すすぎ後のスコープは酵素洗剤溶液（100 倍希釈）に 15 分浸漬させたのち、再度洗剤成分を洗い流す。
8. 消毒薬ＯＰＡ（オルトフタルアルデヒド）溶液に 2 分以上（注 1）浸漬する。
9. 消毒液浸漬後に水道水で消毒液を洗い流す．また吸引を用い水道水を 500 ml 以上吸引し、消毒薬成分を完全にすすぐ。内視鏡表面の水滴をタオル等で拭き取る。
10. 検査終了後リークチェックを行い、使用後は温風乾燥機で 10～15 分乾燥後保管ラックに収納する。

注：１　ガイドラインではオルトフタルアルデヒド消毒は 5 分であるが、上記のようにスコープを用手法にて洗浄することにより感染力がないレベルにおとしており、東海大の研究によれば粘液等 のないHBｓ抗原が２%グルタールアルデヒド消毒10秒で死滅すると考えられている。
当施設の洗浄法であれば 2 分の消毒時間は十分である。

10　内視鏡室 洗浄・消毒マニュアル（ERCP 編）

1. 患者より引き抜かれた内視鏡表面の粘液を濡れガーゼでふき取る。
2. 吸引ボタン，送気・送水ボタンを何度か押し水道水を吸引，送気・送水を行う。
3. 桶に水を溜め、スポンジを用い粘液などをさらに拭い取る。
4. 中性洗剤で内視鏡操作部から先端までスポンジを用いこすり洗いをする。
5. 起立台の部分を細いブラシを使って洗浄。
鉗子口栓を外し、長いブラシで①吸引ボタン口から鉗子孔まで②鉗子孔から内視鏡先端まで③吸引ボタン口からユニバーサルコード側コネクタまで、計 3 箇所を 3 回以上ブラッシングする
6. 吸引ボタン、送気・送水ボタン、先端のカバーはブラシで洗う。
7. 操作部の送気・送水口に洗浄用キャップを接続しユニバーサルコード側の送気・送水口に専用アダプターを取り付け、シリンジを用いて中性洗剤水溶液を 20ml 注入後、水道水を 60ml 注入し、シリンジを差し込んだままにしておく。
8. 鉗子口栓をディスポーザブルとして新しい物に取り替えて、内視鏡表面の洗剤成分を完全に洗い流す。これは多量の水で流しかつ、病原菌を感染しないレベルまで希釈する意味で行う。この作業終了まで吸引される洗剤および水道水は 300～400ml 以上とする。
9. 消毒液(オルトフタルアルデヒド：OPA　0.55%液)に浸漬、ユニバーサルコード側吸引コ

ネクタからシリンジで消毒液 60ｍｌを注入し、取り付けたままで２分以上の消毒を行う。

10. 消毒液浸漬２分後(注：１）、ユニバーサルコード側の送気・送水口にシリンジで 30ｍｌの水を吸入し、エアーフラッシュする。
    ＊消毒液からスコープを上げる際、管路内の液をシリンジで押し出してから取り上げる。
11. 水道水を 500 ml 以上吸引しながら消毒液を洗い流す。内視鏡表面の水滴をタオルで拭き取る。
12. 使用後は温風乾燥機で 10～20 分乾燥。吸引管路、送気・送水管路はそれぞれ 1 つずつ乾燥する。
    ＊同時に行うと、管路の単純な方へと流れてしまうため。乾燥時間はあくまでも目安で足りない場合は追加乾燥。
13. 保管ラックに収納する.

注：１　日本消化器内視鏡技師会のガイドラインではオルトフタルアルデヒド消毒は 5 分であるが上記水洗法にて感染力がないレベルになっており東海大の研究によれば粘液等のない HBｓ抗原が２%グルタールアルデヒド消毒 10 秒で死滅すると考えられている。当施設の洗浄法であれば 2 分の消毒時間は十分である。

１．人工呼吸器装着患者の感染防止

H15 年 3 月

１、人工呼吸器に由来する感染とは医療施設に入院してから４８時間～７２時間後に発症する下気道の感染のことであり肺炎である。呼吸器装着との関連が強いものを呼吸器由来の肺炎という。（ｖａｐ）人工呼吸器を装着することにより病原菌が気管・気管支・肺へと直接バイパス（たれこみ）してしまい結果的に肺炎発生率が増加する。人工呼吸器関連肺炎は致死率（５０%前後）が高く十分な注意が必要であり、人工呼吸器装着患者が院内感染肺炎をおこすリスクは装着しない患者の約２１倍である。

２、感染経路

１），口腔内、咽頭へ定着した微生物の誤嚥
２），胃に定着した微生物の誤嚥
３），微生物の吸入（ネブライザー）
４），汚染された手や手袋による交差感染

３、リスク因子と患者アセスメント

外的因子― マスクやネブライザーの場合は２４時間に１度は消毒が必要
吸入液の注射器、針の交換・消毒
人工呼吸器の蛇管、加湿器の消毒・交換　＜週１回＞

アセスメント

１），開胸、開腹術後
２），経管栄養チューブ挿入
３），頭部外傷などによる意識レベル低下や昏睡状態
４），多量の誤嚥
５），２４時間毎の呼吸器回路交換
６），H2 ブロッカーの投与
７），入院の長期化
８），抗生物質の使用歴
９），患者の内因性因子

４、感染防止対策

１），人工呼吸器管理
・人工呼吸器回路の定期的交換は、４８時間以上あけて行うのが望ましい。
・人工呼吸器回路を再使用する場合は、滅菌消毒を行う。
・人工呼吸器回路の結露を定期的に廃棄する。このとき結露が気道に逆流しないように注意する。また結露の廃棄後は手を洗う。
・加湿水は、滅菌されたものを用いる。

２），手洗いと手袋の使用
・吸引時には手袋を使用する。
・処置の前後で手洗いを行う。

３），気道分泌物の吸引
・開放式の場合、滅菌された使い捨ての吸引チューブを使用する。
・吸引用の水は滅菌されたもの（注射用水）を用いる。
・口腔内の吸引は水道水を用いる。

４），気管内チューブによる誤嚥の予防
・呼吸器からの早期離脱を行う。
・挿管チューブ交換時などでカフ内の空気を抜く前に気道分泌物を吸引する。

５），経管栄養チューブによる誤嚥の予防
・病状が許す限り、上体を３０～４５度挙上する。
・経管栄養チューブの先端の位置が適切(胃内)であることを確認する。
・逆流を予防するため、腸蠕動音の聴取や腹囲測定などにより、患者の腸蠕動を査定した上で、栄養剤の量と速度を決定する。
・栄養チューブからの早期離脱を行う。
６），消化管内における微生物の定着予防
・消化管出血予防のために薬剤投与が必要な場合は、胃液のｐＨを上昇させない薬剤を選択する。

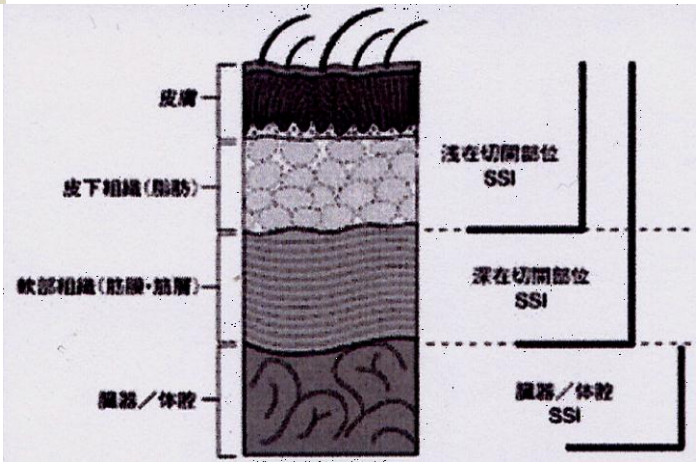
２．手術部位感染（Surgical Site Infection:SSI）

H15 年 1 月

定義

手術部位感染とは、術野にインプラントが残されていない場合は、術後30日以内に感染が生じていることを言う。また、術野にインプラントが残されている場合は、術後1年以内に感染を生じていることを言う。

手術部位感染の分類



インプラントとは：体外にあったものを体内に残すもの。例・ステント、スクリュー

感染経路

ＳＳＩの成立
細菌汚染量
細菌毒性（ビルレンス）
宿主である患者の抵抗力
内因性あるいは外因性病原体により、手術部位へ微生物が進入汚染することを防止しなければならない。

リスク因子

年齢	喫煙歴
ＤＭ	術前の入院期間
肥満	栄養状態
免疫機能	身体の他の部位に存在する感染

手術部位感染対策

術前の患者管理

待機手術で手術部位から離れた部位に感染症がある場合は、感染症の治療後に手術を行う。（全身麻酔・腰椎麻酔の受ける患者は、手術前に鼻のＭＲＳＡ検査を行う。陽性の場合は、除菌後手術を行う）
血糖値を管理し、周術期の高血糖状態を避けるほうが良い。
待機手術では術前ＨｂＡ1ｃ8%未満であることが望ましい。
待機手術では少なくとも 30 日前に禁煙を行わせるほうが良い。

術前の入院期間を短くするほうが良い。
手術前日の入浴を行う。(切開部位の汚染を取り除く)
患者本人による剃毛は禁止する。

術前処置

除毛および剃毛
剃毛は行わない。
除毛が必要な場合には医療用電気クリッパーを使用し、手術直前に行う。
脳神経外科は剃毛を行う場合もあるが、その場合は手術室で行う。

術野の皮膚消毒

〈皮膚〉
消毒を行う前に切開部位とその周囲を洗浄し、汚染を取り除く。
ポビドンヨードまたは0.5%エタノール含有クロルヘキシジンを用いる。
*基本的にポピドンヨードを第1選択とする。
〈粘膜〉
消毒を行う前に切開部位とその周囲を洗浄し、汚染を取り除く。
ポビドンヨードまたは0.01～0.025%塩化ベンザルコニウム液を用いる。
*基本的にポピドンヨードを第1選択とする。

ドレーン

ドレーンは手術創とは異なる切開部位から、個別に留置する。
ドレーンは早期に抜去する。
閉鎖式のドレーンを使用することが望ましい。

手術創傷管理

外科・泌尿器科の場合、一次閉鎖された手術創はガーゼで被覆しないで、適切な保温、湿潤環境は維持できるフィルムドレッシング材を用いる。
脳外科の場合毛髪がある為フィルムドレッシング材は使用できないので、ガーゼ・伸縮性テープを用いて閉鎖創とする。
ドレーン挿入部は、手術当日のみガーゼで覆い、その後は被覆なしとする。

＜創傷管理手順＞

〇外科・泌尿器科

手術当日：閉創後消毒なしでテガダームを貼用する。
浸出液がテガダームの外へ漏れる場合は新しいものと交換する。
術後2病日：朝の回診時にテガダームを除去し、被覆なしとする。
術後7病日：全抜鉤・全抜糸とする。

〇脳外科

手術当日：閉創後消毒なしでガーゼ保護、伸縮性テープで貼用する。
術後1病日：皮下ドレーン抜去の為被覆を除去。ドレーン抜去後再度ガーゼ、伸縮性テープで閉鎖創とする。
術後7病日：全抜鉤・全抜糸とする。

シャワー・入浴処置管理

術後3病日で、シャワー浴可能とし、術後8病日目（抜鉤後）入浴可能とする。

SSIサーベイランスシート(1)　　ーブルーシート(青色印刷紙)ー

記入者サイン(　　)

担当科　(　　)　□入院 □外来
患者氏名　(　　)性別: □男　□女　手術時年齢:　　才
患者 ID　(　　)
入院日　(　　／　　／　　) 手術日 (　　／　　／　　)

手術手技

手術時間(　　時間　　分)　術中抗生剤　□なし □あり(　　)
執刀医(　　)

創分類

□	C	清潔創	(クラスⅠ)
□	CC	準清潔創	(クラスⅡ)
□	CO	汚染創	(クラスⅢ)
□	D	化膿創	(クラスⅣ)

ASA

□	ASA1	標準的な健康な患者
□	ASA2	軽い全身疾患の患者
□	ASA3	重篤な全身症状があるが、活動不能でない患者
□	ASA4	日常生活を営めない、常に生命を脅かされている全身疾患の患者
□	ASA5	手術の有無にかかわらず、24時間生きることが予測できない瀕死の患者
□	ASA6	脳死状態

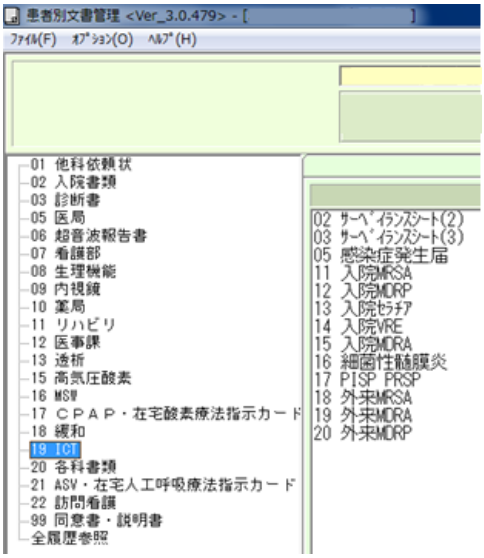
麻酔	□全身麻酔	□全身麻酔以外
緊急	□待機・定時手術	□緊急手術
外傷	□なし	□あり
人工埋入物	□なし	□あり
内視鏡手術	□使用なし	□使用あり
合併手術	□なし	□同じ切開創で二つ以上の手術
人工肛門	□造設なし	□造設術実施

ＳＳＩサーベイランスの手順

平成 25 年 4 月 9 日　改定
平成 25 年 8 月 28 日　改定

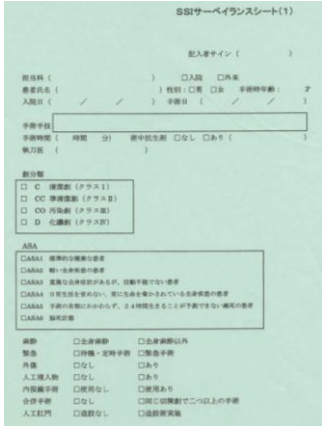
➢ 対象

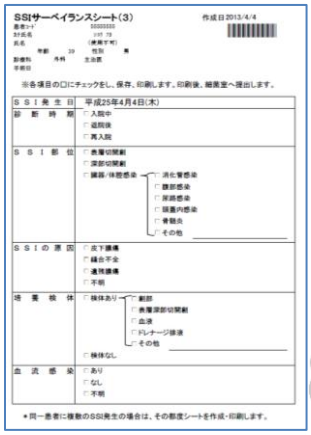
- 外科、脳神経外科、泌尿器科
- 全身麻酔で皮膚切開を加える手術
- 術後 30 日間（埋入物がある場合は 1 年間）



➢ 各種シートの発行と運用

1. 手術予定が発生
2. 電子カルテへ手術予定を入力
3. 外来あるいは病棟でシート２を印刷
   ① 患者カルテから、文書管理を開く
   ② 19 ICT→02 ｻｰﾍﾞｲﾗﾝｽｼｰﾄ(2)をクリック
   ③ Excel 表示
   ④ 月／日の枠の日付を確認して印刷→保存→終了をクリック
4. 手術室はシート１へ必要事項を記入
   ① SSI 用紙(ブルーシート)を作成
   ② シート１は院内感染担当感染管理認定看護師へ提出
5. 院内感染担当感染管理認定看護師はシート１からデータ入力
   ① 電子カルテ ICT 業務より各項目を入力
   ② シート１は、入力済みファイルに綴じる。
6. 病棟は創部観察を行い、シート２を記録
7. シート２は次ページに示す『診療科別の手順』に従い回収し、院内感染担当感染管理認定看護師へ提出
8. ＳＳＩ発生時には、シート３を発生
   ① 患者カルテから、文書管理を開く
   ② 19 ICT→02 ｻｰﾍﾞｲﾗﾝｽｼｰﾄ(3)をクリック
   ③ Excel 表示
   ⑤ 診断時期を確認し、ＳＳＩ部位、ＳＳＩの原因、培養検体、血流感染の各項目をチェックして印刷→保存→終了をクリック
   ④ シート３は培養検体と一緒に細菌室へ提出
9. 細菌室は対象患者の創部培養提出時シート３の回収を行い、毎月一回院内感染担当感染管理認定看護師へ提出
10. 院内感染担当感染管理認定看護師はシート３からデータ入力
    ① 電子カルテ ICT 業務より各項目を入力
    ② シート３は、入力済みファイルに綴じる。





―外科―

手術前（病棟）

- シート２の発行は入院時の担当看護師が行う。
- 予定された手術でシート２が外来で発行されている場合は、入院まで外来カルテの裏表紙に挟んでおく。
- シート２に 30 穴をあけ、入院カルテの「看護記録」の所に保管する。

手術後（病棟・外来）

- シート２の記載を行う。記載方法は別紙参照。
- 術後 30 日まで記載をする。30 日観察を行ったらシート２をカルテから抜き取り、病棟の回収ボックスに入れる。
- 外出、外泊等で患者が不在のときは、シート２に明記する。
- 30 日前の退院の場合は、退院時受け持った看護師がシート２をカルテから抜き取り、外来カルテ裏表紙のポケットにいれる。外来カルテ表紙には「SSI シートあり」のメモを貼付する。退院時も創部の観察し記入する。
- 外来ナースは、退院後最初の外来時に創部を観察し、該当する手術後日数のところに印を押す。シート２を外来の SSI シート回収ボックスに入れる。
- 各科の担当者は、シート２を院内感染担当へ提出する。

SSI の発生時

① 可能な限り培養検体を採取し、シート３を発行する。検体と検査伝票とともに細菌検査室へ提出する。
② 検体の採取が難しい場合（例えば腹腔内腫瘍でドレナージを行わなかった場合など）は、シート３に必要事項を入力して発行し、細菌検査室へ提出する。
③ SSI 発生後もシート２の記載は続ける。
④ 再手術の時は、改めてすべてのシートを発行する。新たな手術として扱う。
⑤ 24 時間以内の（後出血などの）再手術は同じ手術とみなす。
⑥ 創部感染の時に、筋層の縫合糸が見えたら、「深部感染」に該当する。
⑦ SSI 発生後のシート２の扱いは前項（手術後の項）と同様。

―脳外科―

手術前（病棟）

- シート２の発行は手術準備の一環として、手術前日までに看護師が行う。
- シート２に 30 穴をあけ、「ワークシート」に保管する。

手術後（病棟・外来）

- シート２の記載を行う。記載方法は別紙参照。
- 術後 30 日まで記載をする。30 日観察を行ったらシート２をカルテから抜き取り、SSI シート入れに入れる。
- 外泊、外出等で患者が不在のときはシート２に明記する。
- 30 日前の退院の場合は、退院時受け持った看護師がシート２をカルテから抜き取り、外来カルテ裏表紙のポケットにいれる。外来カルテ表紙には「SSI シートあり」のメモを貼付する。退院時も創部の観察し記入する。
- 外来担当医師は、退院後最初の外来時に創部を観察し、該当する手術後日数のところに印

を押す。回収方法は、外来看護師が３Ｆ病棟担当者宛に気送子で送る。
- 各科の担当者は、シート２を院内感染担当へ提出する。

SSI の発生時

① 可能な限り培養検体を採取し、シート３を発行する。検体と検査伝票とともに細菌検査室へ提出する。
② 検体の採取が難しい場合（例えば腹腔内腫瘍でドレナージを行わなかった場合など）は、シート３に必要事項を入力して発行し、細菌検査室へ提出する。
③ SSI 発生後もシート２の記載は続ける。
④ 再手術の時は、改めてすべてのシートを発行する。新たな手術として扱う。
⑤ 24 時間以内の（後出血などの）再手術は同じ手術とみなす。
⑥ 創部感染の時に、筋層の縫合糸が見えたら、「深部感染」に該当する。
⑦ SSI 発生後のシート２の扱いは前項（手術後の項）と同様。

―泌尿器科―

手術前（病棟）
- シート２の発行は入院時の担当看護師が行う。
- シート２に 30 穴をあけ、入院カルテの「看護記録」の所に保管する。

手術後（病棟・外来）
- シート２の記載を行う。記載方法は別紙参照。
- 術後 30 日まで記載をする。30 日観察を行ったらシート２をカルテから抜き取り、病棟の SSI 担当者へ渡す。
- 外泊、外出等で患者が不在のときはシート２に明記する。
- 30 日前の退院の場合は、退院時受け持った看護師がシート２をカルテから抜き取り、外来カルテ裏表紙のポケットにいれる。外来カルテ表紙には「SSI シートあり」のメモを貼付する。退院時も創部の観察し記入する。
- 外来担当医師は、退院後最初の外来時に創部を観察し、SSI の有無をシートに記入する。回収方法は、外来看護師が６Ｆ病棟担当者宛に気送子で送る。
- 各科の担当者は、シート２を院内感染担当へ提出する。

SSI の発生時

① 可能な限り培養検体を採取し、シート３を発行する。検体と検査伝票とともに細菌検査室へ提出する。
② 検体の採取が難しい場合（例えば腹腔内腫瘍でドレナージを行わなかった場合など）は、シート３に必要事項を入力して発行し、細菌検査室へ提出する。
③ SSI 発生後もシート２の記載は続ける。
④ 再手術の時は、改めてすべてのシートを発行する。新たな手術として扱う。
⑤ 24 時間以内の（後出血などの）再手術は同じ手術とみなす。
⑥ 創部感染の時に、筋層の縫合糸が見えたら、「深部感染」に該当する。
⑦ SSI 発生後のシート２の扱いは前項（手術後の項）と同様。

３．　尿路感染予防

泌尿器科領域の尿路感染症は、一般的に前立腺炎、膀胱炎、腎盂腎炎、副睾丸炎、などを含み、また経尿道的操作や手術を契機として発症する尿路感染症とカテーテルを尿路に留置した場合に起こる尿路感染症が頻度も高く問題となる。病棟で問題になるのはカテーテルを留置した場合によるものであり、院内感染症の主因として、致死的なグラム陰性菌敗血症の誘因となり得る重要なものである。従って尿道カテーテルを中心に述べることにする。

１．尿路感染とは

尿路感染症とは、38℃以上の熱発があり、尿意促迫、頻尿、排尿異常、恥骨上の圧痛などの臨床症状が少なくとも１つはあり、かつ1ml 中10５以上の.細菌が存在する状態である。（米国疾病予防センター：CDC 症候性尿路感染基準より）

尿路感染は、院内感染の中の約 40%を占めているといわれており、感染管理上の重要課題の 1 つである。尿道カテーテル挿入患者の２０～２５%が、尿路感染症に罹患しているといわれるが、この数値は尿道カテーテルの挿入と尿路感染症の因果関係を如実に裏づけるものである。尿道カテーテル挿入から 15 日までの間に 50%、1 ヶ月までの間にほぼ 100%が感染するといわれる。これは、尿道カテーテルの中長期的使用が尿路感染の大きな要因になっていることを意味している。そのほかの危険因子には、女性、カテーテル管理の不手際、免疫力の低下が挙げられる。感染の発生率を低下させる処置は、尿道カテーテルの総使用数および使用期間を減少させることに向けられる。尿道カテーテルの使用が避けられない場合は、適切な挿入および維持方法に従わなければならない。

２．感染経路

開放性に管理した場合はカテーテル内腔から管内性に感染する。現在は閉鎖回路が、採用させているため初期の管内性感染は激減しているが、留置後１～2 週間以降になると、管内性にも、またカテーテルと尿道の間隙から管外性にも感染する。

※尿道カテーテル留置に伴う細菌の侵入経路

・挿入時
・外腔からの感染
・カテーテルと尿道粘膜の間
・内腔からの感染
・採尿バック、カテーテル、ドレナージチューブ結合部の汚染が回路に侵入

３．リスク因子

リスク因子には、高齢、重篤な基礎疾患、女性、長期間のカテーテル留置が挙げられる。カテーテルの種類、挿入方法、留置期間および管理法などのカテーテル側の要因, 宿主の状態とくに免疫機能の状態によって感染リスクが異なる。一般に通常の１回導尿で感染が発生する頻度は１%程度であるが、開放性持続導尿法では３日以内に８０%の症例に感染が発生する。現在の閉鎖持続導尿法でもカテーテル設置後２週間で５０%、１ヶ月でほぼ１００%の症例に感染が発生する。無菌持続日数は約１週間と考えておいたほうがよい。

４．感染防止対策

１）尿路感染予防の原則

カテーテル留置は必要最小限に
カテーテルの留置期間は必要最小限に
尿路カテーテル留置は簡単に施行し得るが、尿路感染症とくにurosepsis へ移行する危険をはらんでいることを認識すべきである。従って検査、治療に必要な場合にのみ経尿道的カテーテル操作は行われるべきであり、留置した場合も出来る限り早く抜去する。また、なるべく留置カテーテルに代わる方法（間歇自己導尿など）を考慮すべきである。患者管理が行いやすいといった理由での尿道留置カテーテルの設置は厳に慎むべきである。

２）カテーテル使用対象となる状況

尿道の閉塞解除
残尿（神経疾患による膀胱機能不全など）
泌尿器科的手術
正確な尿量測定（重症患者など）

３）カテーテル使用患者の対象にならない状況

排尿可能にもかかわらず、電解質測定や培養のためのカテーテル挿入

失禁患者の看護

4）尿道カテーテル挿入時の管理

（1）挿入前の流水と石鹸の手洗い

尿道カテーテル挿入時、陰部の菌を挿入操作によって膀胱内に押し込む可能性があるので、挿入前後は手指消毒を十分に行う。

（2）無菌操作の実施

〈挿入法〉

利き手で清潔鑷子を持ちカテーテル先端近くを保持、他方の手指で外尿道口を十分に露出し、カテーテルに十分な潤滑剤を塗布してゆっくり挿入する。尿の流出を確認した後バルンを膨らませる。尿道の途中でバルンを膨らませると尿道損傷を起こすので注意が必要である。

（3）細いカテーテルの使用

尿道の損傷を減らすため、挿入には十分な尿の流出が得られる程度の細いカテーテルを用いる。通常は１６Fr 前後を使用する。

（4）皮膚の清潔保持

カテーテル挿入部や会陰部を清潔に保つため、排便時は微温湯で清拭を行う。また排便がない場合も１日１回は清拭を行う。

（5）挿入部の観察

5）カテーテルとウロガードの管理

※尿道カテーテルとウロガードをはずすことで感染経路が増えるのではずさないようにする。尿培養などの採尿時には、清潔なシリンジを使用し、アルコール綿で消毒した専用部分から注射針で穿刺して採取する。

※尿道カテーテルはできる限りは早く抜去する。尿路感染の合併を防ぐためには、必要がなくなり次第直ちに抜去することである。

※長期留置になる場合は２～４週間毎にカテーテルを交換する。交換の間隔はカテーテルの材質にもよるが、結晶成分の付着が多い患者や内腔が閉塞しやすい患者ではさらに間隔を短縮する必要がある。

※ウロガードを定期的に空にする。溜めすぎると逆流したり漏れたりするので、満杯になる前に空にすること。

※ウロガードを患者膀胱より高い位置におかないこと。また、チューブは屈曲させない。（尿の逆流を起こし感染を起こす原因となる。）

※ウロガードを床につけない。排出口を汚染し、また細菌尿の飛散の原因ともなり得る。

6）カテーテルの固定

脚部または腹部に固定し、尿道内のカテーテルの動きを抑制する。

7）膀胱洗浄

⑴ 膀胱洗浄による尿路感染発生率の低下は証明されていない。

⑵ 感染予防策として膀胱洗浄は行わない。水分制限のない患者には十分な水分摂取をすすめ自尿による膀胱内の洗浄を促す。

尿流がスムーズである限り膀胱洗浄は行わない。安易な膀胱洗浄は細菌尿を逆行性に押し込み発熱の原因となる可能性がある。

膀胱洗浄の適応基準

① 尿閉塞の予防が必要な患者（術後の凝血塊、組織片による詰まり）

② 尿路感染の治療が必要な患者

③ 長期臥床の患者（膀胱底部に沈殿が溜まることがある。）

４． アルコール綿の取り扱いについて

H15 年 8 月 20 日

・使用期限

開封後一週間

（アルコール濃度が 80%であるため感染管理上、適切である。）

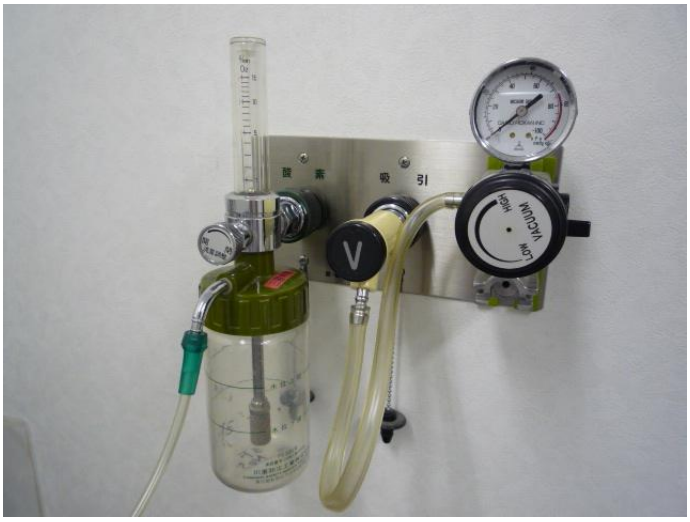
・注意事項

1）開封時蓋に開封日時を明記する。
（開封時気密フィルムは取り外さない。）
2）蓋の開閉を最小限にするため小分けにして使用する。
（小分けにする際、タッパー等を用いる。）
3）小分けにする前は必ず手洗いを行う。
4）小分けは一日で使い切る量を目安とする。
5）タッパーは流水で洗い乾燥後、清潔なアルコール綿で消毒をする。

５．　酸素流量計の取り扱い

平成 25 年 3 月 25 日　修正

※　酸素流量 4ℓ/分の場合コルベンに蒸留水はいれない。
（酸素流量 5ℓ/分以上の場合のみ）
※　コルベンは水洗いして、乾燥する。
※　使用時、アルコール綿で内側を清拭、消毒する。
※　蒸留水を水準線まで入れる。
（水準線より減ったら、その都度補充する。）
※　コルベンは１日１回日勤帯で交換する。



６．　ネブライザーの取り扱い

平成 23 年 1 月 13 日　改訂

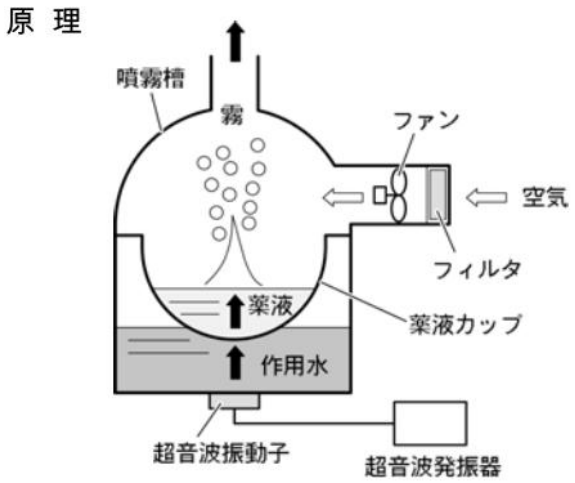
【作用槽】・・・1 日 1 回の作業

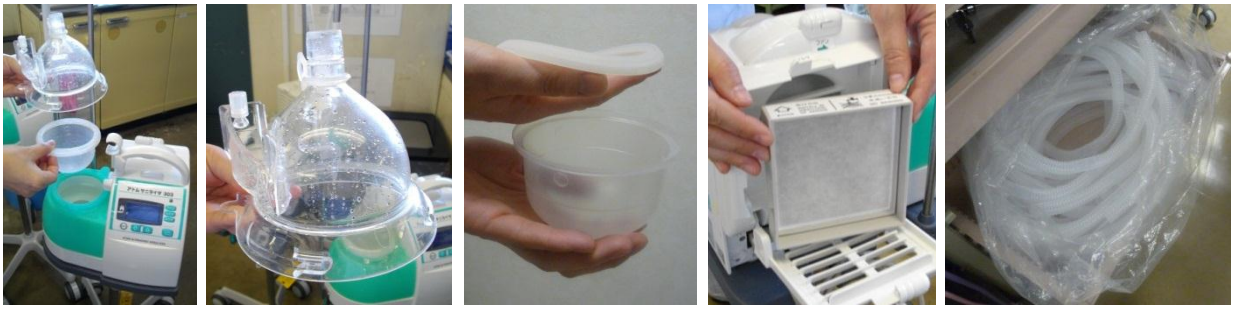
1. 作用槽の水をぬく。
2. ガーゼなどで水を拭き取る。
3. 消毒用アルコールで作用槽を拭く。
※消毒用アルコール（エタノール）は濡れた部位では濃度低下を招き殺菌速度が著しく遅くなる。
4. 振動子と作用槽の隙間は綿棒等で水分を拭き取った後、消毒用アルコールを含ませた綿棒等で拭く。
5. 排水チューブは先端を封入してアルコールを入れ、数分置いた後に流す。
封入は先端までアルコールが浸るように工夫する。
※消毒用アルコール（エタノール）を溜めたまま毎日長時間おくと材質の劣化を早める。
殺菌効果は菌種や消毒状態により異なるが 30 秒～3 分で得られている。

【噴霧槽】・・・1 患者毎交換

1. 噴霧槽、薬液カップ、カップパッキンは残液を廃棄後水洗し、0.1%ミルトンに 60 分浸漬消毒乾燥する。
   ※カップはピンホールが開いているかを確認するため、消毒前に水漏れテスト（カップに水を入れて放置し染み出る水がないかを見る）を行う。漏れがある場合は交換する。
2. ジャバラはディスポーザブルとし、1 患者 1 本を使用した後は廃棄する。

【本体】
1. 除菌クロスで本体外装、コードをきれいに拭く。
2. 十分に乾燥していることを確認して、組み立てる。
3. 2 ケ月に 1 回又は汚れたら、エアフィルターを交換する。





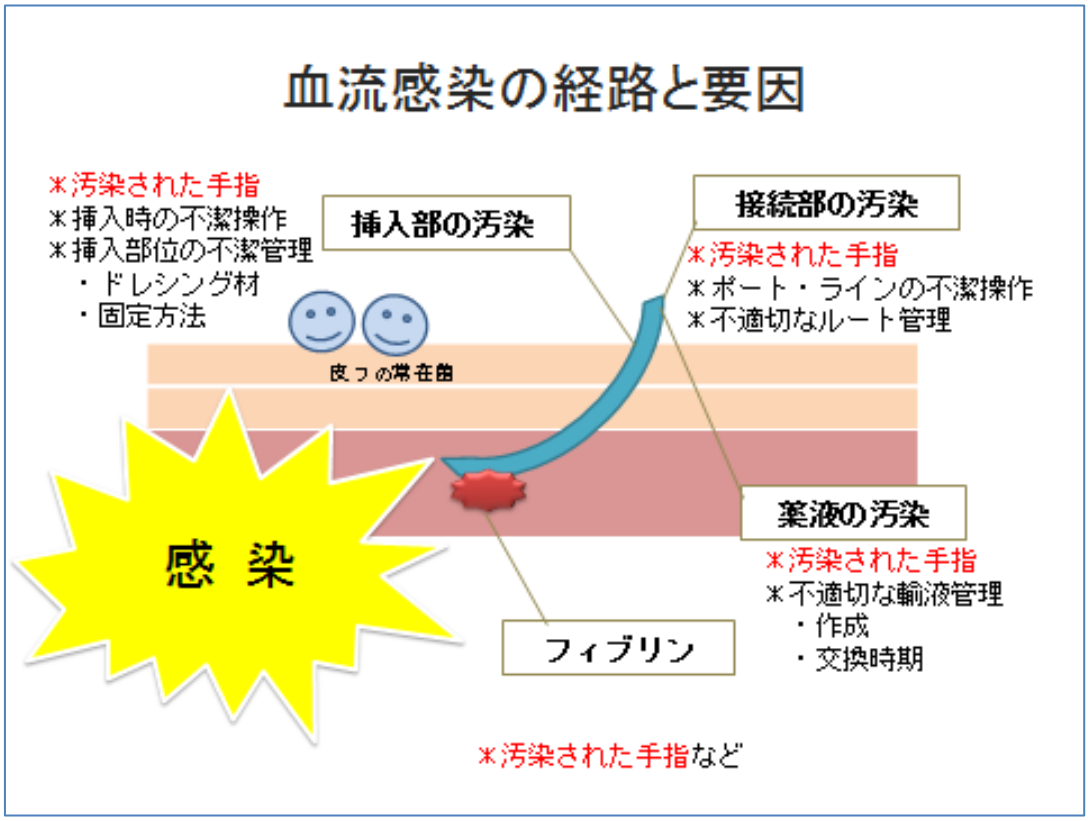
7. 血管留置カテーテルの感染予防

平成 25 年 12 月

血管内留置カテーテル挿入患者は、非挿入患者より血流感染を高率に発生する。比較的長期にカテーテルを留置している患者で、感染源の不明な発熱、敗血症症状（WBC・CRP などの炎症反応の上昇、血圧低下他）などが発生した場合、カテーテル関連血流感染を疑う。血管内留置カテーテルを使用する際には、カテーテル由来の血流感染の特徴を知り、適切なカテーテル管理を実践することが重要となる。

1．CR-BSI の発症要因

(1) カテーテル関連血流感染の原因となる微生物の侵入経路と要因
   ① 血管内留置カテーテル挿入部
   ② 薬液
   ③ ルート接続部



2．血管内留置カテーテルの管理

	中心静脈カテーテル	末梢静脈カテーテル	動脈カテーテル（末梢）
挿入時	・手指衛生 ・高度無菌バリアプリコーション※ 下で挿入 ・イソジン消毒は塗布後、最低 2 分以上自然乾燥させてから挿入する ・挿入部位はシャワー浴または清拭を行い、清潔にしてから挿入する ・ガイドワイヤー下での挿入は、感染兆候がない場合に限る	・手指衛生 ・手袋着用 ・アルコール消毒綿は中心から外側へ消毒する ・消毒部位は触れない	・手指衛生 ・手袋着用 ・アルコール又はイソジン消毒乾燥させてから挿入 ・消毒部位は触れない
挿入部位の推奨	鎖骨下静脈＞内頚静脈＞大腿静脈 ※エコーで血管を確認する	上肢＞下肢 ※上腕・手首は避ける	橈骨動脈＞大腿動脈
カテーテル交換	定期交換は不要	96 時間ごとが望ましい（小児は除く）	定期交換は不要
輸液ライン交換	72～96 時間ごと（必要時以外はこの期間より頻回に行わない） ※輸血、血液製剤、脂肪乳剤は 24 時間毎に交換		96 時ごと
輸液ライン管理	・輸液ラインは閉鎖を保つ（シュアプラグ） ・高カロリー輸液ラインの側管は　使用しない	・輸液ラインは閉鎖を保つ（シュアプラグ） ・やむを得ず三方活栓を使用する時は、使用用途がなくなった時点で閉鎖式ラインに交換する	
保護材	・滅菌透明フィルムドレッシングまたは滅菌ガーゼとし、カテーテルをテープ固定する ・出血、浸出液がある場合には滅菌ガーゼを使用する		
保護材の交換頻度	・透明フィルムドレッシングは 1 週間ごと ・湿ったり、ゆるんだりした場合には、速やかに交換する		
挿入部の観察	・感染兆候の有無を毎日観察し、記録する（発赤、腫脹、浸出液、痛み） ※痛みは挿入部を軽く押して確認する（トンネル部分はカテーテルに沿って押す） ※感染兆候がある場合は医師へ報告する		

※1 **高度無菌バリアプリコーション**

カテーテル挿入時に目菌肺を広げることにより、挿入時の細菌侵入のリスクを減らすことができる。挿入術者が行うべき有効な対策である。

対象：中心静脈カテーテル、冬季用カテーテル、スワン・ガンツカテーテルなど
方法：挿入術者は、マスク・キャップ・滅菌ガウン・滅菌手袋を着用。挿入部位以外を滅菌シーツで広範囲に被覆する。範囲は、挿入部位を中心に患者及びベッド周囲全体をできるだけ広く覆う。

３．薬液の管理

(1) 注射薬の混合
- 使用前、調整台やトレイは除菌クロスで清拭し清潔にしてから使用
- ミキシング作業開始前には手指衛生を実施（マスク着用を推奨）
- 輸液ボトルは､開封後は針刺入するゴム栓部分をアルコール消毒で2回以上消毒する
- ミキシング済みの輸液ボトルは作り置きせず、可能な限り使用前に調整し、早期に投与する（3時間以内を推奨）

(2) 多容量バイアル
- 複数回穿刺して使用するバイアル薬品は、冷蔵庫保存とし期限内に使用

(3) 調整台の環境
- 空調吹き出し口の直下での調整作業は避ける
- ボトルフック周囲に紙類の掲示物やファイルは置かない
- 使用後や薬液による汚染時は、湿式清拭し汚れを速やかに除去する
- 調整台周囲に針廃棄容器を設置する場合はミキシング物品専用容器とする
- 清潔区域として管理し、不必要な部品は置かない

４．ルート接続部の管理

(1) 輸液ボトル
- ボトル交換時は、未開封であってもゴム栓部分を毎回アルコール綿で消毒する
- 輸液ボトルは 24 時間以上継続使用しない

(2) 輸液ラインへの接続
- 接続前には手指衛生を行う
- 閉鎖式注入デバイス（シュアプラグ）を接続し閉鎖回路とする
- シュアプラグ接続する場合は、①注入部周囲　②注入口表面の順にアルコールでゴシゴシ擦るように消毒する

平成 25 年 6 月 26 日　追加

ＣＲＢＳＩとＣＬＡＢＳＩの違い

ＣＲＢＳＩ（カテーテル由来血流感染）
患者の診断、治療時に使用する臨床上の定義
末梢静脈も含めた血管カテーテル関連の血流感染
検査などで原因を確定する必要あり

ＣＬＡＢＳＩ　（中心静脈ライン関連血流感染）
サーベイランスを目的とした定義
中心静脈ライン留置後、48 時間以内のＢＳＩ発症の患者
他に関連がなく、中心静脈ラインに限るＢＳＩ
原因は推定でも可能

８．　小児外来マニュアル

H15 年 2 月

感染症の疑われる患児の外来診察方法

小児は免疫系発達途上にある場合が多く、原因微生物に対する免疫系を持たない場合があり、小児外来に来院する患児は新生児から学童と年齢層も広く、疾患も多くにわたるその環境において感染予防対策は重要である。

一般の小児外来を訪れる患児の半数近くは感染症である。診断のつかないまま外来通院する患児も多いため感染症患児・疑いのある患児を早期に発見し他児との接触を防ぎ易感染状態の患児を保護することが重要である。

１　感染症が疑われる患児

１）　感染症との接触のある患児２）発疹･特殊な下痢等のある患児の外来受診時は、他患児との接触を防ぐことが大切である。

２　感染症が疑われる患児の早期発見として、受付時に来院理由を問診表に記入してもらい看護師が確認し、①患児の状態　②発熱の有無　③発疹の有無　④皮膚粘膜の状態　⑤耳下腺の腫脹　⑥便の状態などを観察する。また、感染者との接触の有無や予防接種の有無を確認する。それと共に、小児科受付の前に麻疹・水痘・耳下腺炎など感染症の疑いがある患児は申し出てくれるよう表示し、家族の協力を求める。

３　感染症の疑いのある患児は、一般診察室・待合室とは別に隔離室に隔離する。しかしインフルエンザの時期など患者数が多く入りきれない場合は、他患児との接触を少なくするために家族に必要性を説明し理解してもらった上で、リハビリ室前など小児科受付と離れた場所で待っていてもらう。カルテには隔離の表示と共にどこにいるかを明示しておく。また、問診表や看護師の確認では分からず医師の診察や至急の検査結果で感染症の診断がついたときも同様とし、会計箋もクラークがその患児のところに持っていき、他患児との接触を可能な限り少なくするようにする。

４　感染症患児への接触時は手洗い・マスクを励行する。隔離室で使用し、体液等で汚染した毛布・包布・枕カバー・シーツはビニール袋に入れ、速やかに不潔庫へ搬送する。また、シーツ・枕カバーの上にディスポシーツを敷きその都度交換する。

５　感染症患児とその家族には、外出や他児との接触は医師の許可があるまでしないように指導する。また、学校指定伝染病等出席停止日が決まっているときはそれに準ずる。

	空気感染	飛沫感染	接触感染
代表的疾患	麻疹・水痘・結核等	インフルエンザ・百日咳・風疹・マイコプラズマ肺炎・ムンプス等	ロタウイルス・サルモネラ等
感染経路	微生物が空気の流れでまき散らされ、環境因子でより遠く離れた感受性のある患者に定着し発症する	飛沫は空気中を浮遊せず通常短い距離（約１m）を飛ぶものが対象となる。空気中に浮遊し続けることはないので特別の空調や換気は必要としない	直接接触伝播 手の接触 身体に触れるケア実施時 間接接触伝播 感受性のある患児と患児周辺にある汚染された媒介物との接触時に起こる
予防対策	看護師は使い捨てマスクをする。また、患児・家族にもマスクをするよう促す 換気扇を使用し、空気の入れ替えをする	空気感染と同様	エプロンの上に使い捨てのビニールエプロンを使用する ベッドシーツの上に防水シーツを敷き、感染症患児の退室後防水シーツを交換する（枕カバーも同様）

	換気扇を使用し、空気の入れ替えをする		ベッドシーツの上に防水シーツを敷き、感染症患児の退室後防水シーツを交換する（枕カバーも同様）

９．　病棟内の洗い場基準

本館

ナースステーション

南入り・・・手洗い専用

センター・・・器材洗い場（器材・器具）

吸引ビン内の分泌物は、トイレの汚物処理流し場に廃棄した後に、不潔洗い場で洗浄、消毒する。

病棟内

配膳室・・・腔物品洗い場（患者が使用した吸飲み、ガーグルベースン、経管栄養チューブ、経管栄養専用ボトル、経管栄養専用シリンジ、調乳に使用する哺乳瓶等）

トイレ内・・・汚物の処理

洗面所・・・手洗い及び患者洗面

東館

ナースステーション

処置室・・・手洗い専用

センター・・・右側シンク：器材洗い場（器材・器具）

左側シンク：口腔物品洗い場

病棟内

洗面所・・・手洗い及び患者洗面

各病室の洗面所・・・手洗い及び患者洗面

１０．記録ワゴンの使用方法

＜上段＞準清潔区域

・記録物、血圧計、聴診器など

＜中段＞清潔区域

・点滴、注射類

・グローブ、ペーパータオル、テープ類をまとめたものを設置

・アルコール綿

＜下段＞不潔区域

・不潔カゴ

①点滴ライン、シリンジ、針→感染性廃棄物（ポリ容器）

②点滴ボトル、紙ゴミ、使用後の手袋等→その他のゴミ

※ゴミはその場で分別し、ナースステーションに戻った際に速やかに片付ける

・使用後の清拭タオル

※蓄尿ガメ・蓄尿コップはワゴンに乗せないこと

※各勤務終了時には、必ずアルコール綿でワゴンを清拭すること

１１．外来器材消毒

	滅菌材料	その他各科使用する特殊器材
内科		肛門鏡　水洗い後ステリハイド液に１時間つけた後洗浄
耳鼻科	サイデザイムに 10 分つけた後水洗いしステリハイドに１時間つけ洗浄	耳鏡・鼻鏡・耳摂子・鼻摂子・吸引管・舌圧子・ローゼン・オリーブ管他水洗いしサイデザイムに１５分つけた後水洗い マウスピース・ノーズピースは洗浄後ミルトン液に１時間つける ファイバースコープ　水洗い後 OPA に５分つけた後洗浄
泌尿器科	水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄	膀胱鏡とその付属品　サイデックス液に２０分以上つけ水で洗浄後さらに蒸留水で洗浄
皮膚科	水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄	爪切り　水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄し乾燥
外科	水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄	肛門鏡　水洗い後ステリハイドに１時間つけた後洗浄
脳外科	水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄	
眼科	水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄	
小児科	舌圧子　キッチンハイターに１時間つけ洗浄	吸入器具　キッチンハイターに３０分つけた後洗浄
整形外科	水洗い後ステリハイドに１時間つけ洗浄	
処置室		吸入器具　水洗いした後ミルトンに１時間つけ乾燥
放射線科	血液・体液付着物　サイデザイムに 10 分つけた後洗浄さらにサイデックス液に１時間つけた後洗浄　その他　水洗い後乾燥	
内視鏡		ブロンコ用器具　微温湯 5L＋メディポール EX50ml に１晩つけてから洗浄 ブロンコ用器具(結核・結核疑いの場合)　50 倍キンサールに１時間つけた後洗浄
各科共通		酸素コルベン　勤務終了後洗浄し乾燥

１２．器材の洗浄・消毒方法

※洗浄前に消毒を行うと、汚染物が固着してしまうので、必ず消毒前に洗浄を行うこと

※洗浄時・消毒時は汚染の危険性があるため、手袋・マスク・エプロン・ゴーグルなどの防護具を必ず着用すること

＜洗浄＞

手順１ ・防護具を着用する
・（手袋・エプロン・マスク・ゴーグル）

手順２ ・汚染を流水・ガーゼなどで除去

手順３ ・酵素洗剤に15分間浸漬
・（浸漬できない場合はスポンジ等で洗う）

手順４ ・流水ですすぐ

酵素洗剤は
水 1ℓに対し酵素洗剤 10mℓの割合で希釈しましょう

＜消毒＞

・サイデックスプラスの場合

手順１ ・防護具を着用する
・（手袋・エプロン・マスク・ゴーグル）

手順２ ・洗浄した器財の水をきる

手順３ ・サイデックスプラスで30分間消毒

手順４ ・防護具を着用する
・（手袋・エプロン・マスク・ゴーグル）

手順５ ・水道水ですすぐ

手順６ ・乾燥

・ミルトンの場合

手順１ ・防護具を着用する
・（手袋・エプロン・マスク・ゴーグル）

手順２ ・洗浄した器財の水をきる

手順３ ・0.01％次亜塩素酸ナトリウム(ミルトン)で１時間消毒

手順４ ・防護具を着用する
・（手袋・エプロン・マスク・ゴーグル）

手順５ ・水道水ですすぐ

手順６ ・乾燥

※ミルトンの場合、水 10ℓに対して、
ミルトン 125mℓで約 0.01%になります

１３．済生会栗橋病院手術室基本消毒法

平成 20 年 7 月 9 日改訂

1.　洗浄工程

	ＡＣ（耐熱）	ＤＥＫＯ（耐振動）	薬液への浸漬（耐水）	手術物品	麻酔器付属物品	ｽﾀﾝﾀﾞｰﾄﾞﾌﾟﾘｺｰｼｮﾝ(標準予防策)の考えにより、感染の有無で区別せず洗浄を行う。
①	○	○	○	鋼製小物（手術器械）	麻酔カートの吸引容器、スタイレット	酵素洗浄剤の入ったぬるま湯に器械を１０分間浸漬させて汚れを落とす。浸漬後水道水で十分すすぎをし、ウォッシャーディスインフェクターに器械を入れる。工程２の場合は終了後乾燥機へ入れる。
②	○	×	○	マイクロ器械（眼科・脳外科のＡＣ対応物品）・光学視管・ウロシース		酵素洗浄剤に 10 分間浸漬後、水道水で十分すすぎをする。
③	○	×	×	クラニオトーム・ジンマー等脳外のコード類		酵素洗浄剤付のガーゼで手拭きした後、湯拭きをして酵素洗浄剤の除去をする。
④	×	○	○		大きいもの（吸引瓶・測尿器・マスク・蛇管など）	酵素洗浄剤に 10 分間浸漬後、水道水で十分すすぎをする。
⑤	×	×	○		喉頭鏡ブレード・スタイレットスコープ（キャップする）・聴診器	酵素洗浄剤の入ったぬるま湯に器械を１０分間浸漬させて汚れを落とし、水道水で十分すすぎをする。
⑥	×	×	×	内視鏡コード・エコープローベ・ＡＢＣコード・ドップラーコード		酵素洗浄剤付のガーゼで手拭きした後、湯拭きをして酵素洗浄剤の除去をする。

＜酵素洗浄剤の作り方＞
量：水 10 リットルに対しパワークイックを 100ｍｌ
シンクの緑ライン　下段：10 リットル　中段：20 リットル　上段：30 リットル
温度：30～40℃の温湯（高温では汚れが固まってしまいます）

※プラスチック類は、ＡＣ可能でも乾燥機（大）に入れないこと!!

2.　滅菌・消毒工程

＜クリティカル器材＞
〇器材の種類：無菌の組織や血管に挿入されるもの
〇処理方法：滅菌（滅菌前の消毒は不要。ただし外注物品は消毒後払い出す事）

［工程１］乾燥（耐熱･･･乾燥機　非耐熱･･･自然乾燥）
［工程２］滅菌（ステラッド・外注・※過酢酸）

＜セミクリティカル器材１＞
〇器材の種類：損傷のない粘膜および創のある皮膚に接触するもの：人工呼吸器・麻酔装置・内視鏡器具など
〇処理方法：高水準消毒

[工程１]消毒
・軟性内視鏡、経食道プローブなど・・・グルタラール 30 分間
・人工呼吸器回路、麻酔装置の回路・・・ウォッシャーディスインフェクターによる
洗浄・93℃５分消毒
※ただし非耐熱性のものは洗浄乾燥後ステラッド滅菌
[工程２]乾燥（耐熱･･･乾燥機　非耐熱･･･自然乾燥）

＜セミクリティカル器材 2＞
〇器材の種類：損傷のない軟膜および創のある皮膚に接触するもの：ネブライザー・挿管時に使用する器具など
〇処理方法：中水準消毒

[工程１]消毒
・喉頭鏡ブレイド、スタイレットスコープなど・・・エタノール拭き
・ネブライザー、ガーグルベースンなど・・・0.01%次亜塩素酸ナトリウム液に 60 分間
[工程２]乾燥（耐熱･･･乾燥機　非耐熱･･･自然乾燥）

＜ノンクリティカル器材＞
〇器材の種類：損傷のない皮膚と接触する器具：ヘッドバンド・体温計など
〇処理方法：低水準消毒

[工程１]エタノール拭きまたは乾燥のみ

※CJD（クロイツフェルト・ヤコブ病）対策については、「中材マニュアル：CJD対策マニュアル」を参照

VIII.　抗菌薬適正使用の手引き

平成 16 年 8 月　制定
平成 22 年 11 月　改定

I.　抗菌化学療法の原則

1．抗菌薬の適正使用とは

抗菌薬の適正使用にあたっては図1に示す三つの観点を考慮する必要がある。

① 個人防衛の観点
感染病態をできるだけ早期に診断し、原因菌を的確に捉え、原因菌に抗菌力を示す薬剤の中から、安全性の最も高い薬剤を選択する。

② 集団防衛の観点
抗菌薬の多用による微生物の耐性化を防ぎ、抗菌薬の最大効果を獲得していく。

③ 社会防衛の観点
医療経済的な観点から、医療資源の浪費を最小限にする。

図 1. 抗菌薬の適正使用

2．抗菌薬選択の前に

① 抗菌薬の適応病態

感染症発症における宿主ー寄生体関係を図 2 に示す。感染症が、発症するか否か、重症化するか否かは、宿主感染防御能と、原因病原体の病原性×菌量との相対的力関係によって決まってくる。抗菌化学療法は、抗微生物薬により病原体の菌量を減少させ、相対的力関係を宿主に有利に展開しようというものである。抗菌薬を投与するにあたっては、図 3 のように、生体にとって、薬剤投与の利点が、有害反応のリスクを上回る時、その適応が生じることになる。

感染症を疑わせる発熱や、炎症は、表 1 に示すように、感染症以外にも、非感染症性炎症性疾患、非炎症性発熱疾患でも見られる。また、感染症の中でも、原因微生物の種類により治療薬は大きく異なるため、適切な診断に基づく抗菌薬投与が求められる。

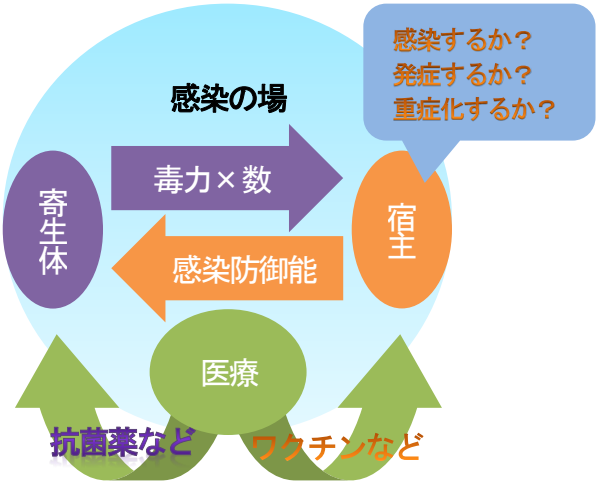


図 2. 宿主と寄生体の関係

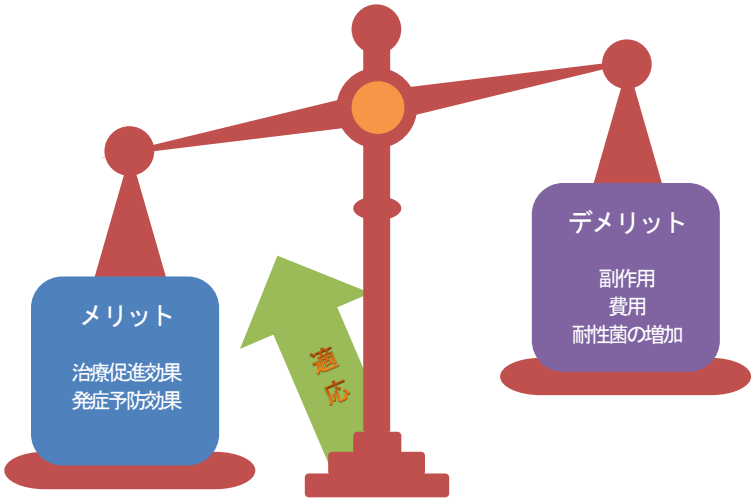


図 3. 抗菌薬投与の適応

	病態	病因		治療薬
発熱炎症性疾患	感染症	ウイルス	→	抗ウイルス薬
		マイコプラズマ クラミドフィラ リケッチア レジオネラ	→	テトラサイクリン系薬 マクロライド系薬 ニューキノロン　など
		一般細菌	→	上記↑の抗菌薬 β―ラクタム系薬 アミノグリコシド系薬　など
		結核菌	→	抗結核薬
		真菌	→	抗真菌薬
		原虫	→	抗原虫薬
		寄生虫	→	抗寄生虫薬
	非感染性 炎症疾患	結晶性関節炎	→	非ステロイド性抗炎症薬
		膠原病	→	副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤
		悪性腫瘍	→	抗がん剤
		アレルギー	→	抗アレルギー薬、副腎皮質ステロイド
	非炎症性 発熱疾患	内分泌疾患	甲状腺機能亢進症、副腎クリーゼ	
		体温調整異常	中枢熱、発熱異常、脱水、自律神経障害	
	詐熱			

表 1.　発熱・炎症疾患の鑑別

② 経験的治療

感染症での急性病態は進行が早いため、早期の治療開始が重要であり、原因病原体の確定を待たずに経験的に原因菌を推定して抗菌薬を選択せざるを得ない。原因菌推定の際の判断材料となる事項を表 2 に示す（個々の病態における推定原因菌と選択すべき薬剤は次項を参照）。経験的療法を開始する際も、必要な検査、薬剤の効果と副作用の評価を行いながら、随時、抗菌薬選択の妥当性を再評価していく必要がある（図 4）。

感染病巣	症状、身体所見、検査所見から推定
	呼吸器、尿路、肝・胆道、皮膚軟部組織、 消化管、子宮・附属器、眼、耳、鼻、咽頭ほか
発症過程	急性、慢性
	市中発症、院内発症
基礎状態	男、女、妊婦
	新生児、小児、青年、壮年、老人
	基礎疾患：感染防御能の障害部位・程度
病巣分泌物	尿、便、痰、膿、分泌物
	色、性状、におい
	グラム染色所見
抗菌薬	投与歴、副作用歴、前投与の効果
体内異物	血管カテーテル、尿路カテーテル、シャント ペースメーカー、ドレーン、人工関節ほか

表 2.　原因菌推定のための判断材料

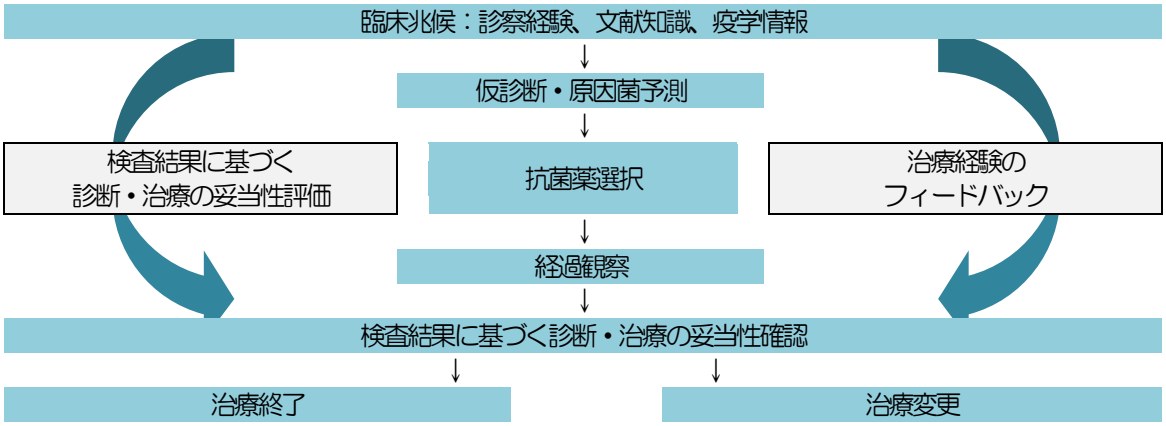


図 4.　経験的治療の流れ

II. 病態別抗菌薬選択の目安

① 病態から起炎菌を推定する（下記表を参照）。
② 推定起炎菌にあわせて最適な抗菌薬を選択する。
③ 起炎菌が判明しだい最適薬に変更する。別表「アンチバイオグラム」参照

＊ 前項「経験的治療の流れ」参照

	病態	目標菌種	選択薬	備考
呼吸器	感染機会の少ない 市中発症例	*S.pneumoniae* *H.influenzae* (*S.aureus*) (*M.catarrhalis*) (*K.pneumoniae*)	経口ペニシリン 経口セフェム 注射用ペニシリン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ) 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ)	高齢者ではマイコプラズマは希 無効時はクラミドフィラ、レジオネラ、結核を考慮
	感染症状を繰り返す 市中発症例	*H.influenzae* *S.pneumoniae* *K.pneumoniae* *P.aeruginosa* *M.catarrhalis*	経口セフェム βラクタム阻害薬+ペニシリン ニューキノロン 注射用ペニシリン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) カルバペネム	過去の分離菌、直前の投与薬剤を参考に
	院内発症例 (前投薬あり)	各種耐性菌 *P.aeruginosa* MRSA	注射用セフェム(Ⅲ) カルバペネム バンコマイシン	過去の分離菌を参考 直前の投与薬剤に無効な菌種を目標に
	誤嚥例 (悪臭、膿瘍)	上記+嫌気性菌 (*Prevotella*、*Porphylomonas*)	注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) モノバクタム+クリンダマイシン	口腔ケア、食事形態などに配慮
尿路	急性単純性尿路感染	*E.coli* (*P.mirabilis*) (*K.pneumoniae*)	経口セフェム オールドキノロン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ)	起因菌多様、培養結果参照 尿道カテーテル留置例では、菌交代現象で定着したカンジダ、腸球菌は放置
	慢性複雑性尿路感染 (前投薬あり)	*P.aeruginosa* 各種耐性菌	ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ)	
皮膚	皮膚化膿症	*S.aureus* *Peptostreptococcus*	βラクタム阻害薬+ペニシリン 注射用セフェム(Ⅰ、Ⅱ)	切開排膿が重要
	丹毒	*S.pyogenes*	ペニシリン	
	褥瘡 (発熱時)	複数菌感染 (腸内の細菌) (*B.fragilis*)	ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅱ、Ⅲ) カルバペネム	壊死組織除去、免荷などが重要 Colonization は局所のみ
消化器	胆道感染症	*E.coli* *K.pneumoniae* (*B.fragilis*) (*Enterococcus*)	経口セフェム ニューキノロン 注射用セフェム(Ⅲ)+ABPC	CPZ、CFPM は胆汁移行特に良好
	腸炎 市中発症 感染性腸炎	*Shigella*、 *Salmonella* など	(ニューキノロン)	軽症例の多くは自然治癒
	腸炎 抗菌薬関連腸炎	*C.difficile* MRSA	バンコマイシン(経口)	抗菌薬投与中の発症
	腹膜炎	腸内常在菌	第3世代セフェム カルバペネム	
顆粒球減少患者の感染症	口腔・ 腸管常在菌 による敗血症	細菌(緑膿菌、 MRSA、非発酵菌)	アザクタム+ダラシン、 カルバペネム 注射用ニューキノロン	コロニー刺激因子 結核、真菌症、ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス感染にも注意 絨毯(じゅうきゅう)壊単になりやすく要注意 出来るだけ的を絞って
	日和見病原体 による感染症	真菌 結核菌 ニューモシスチス	抗真菌薬 抗結核薬 ST合剤	
術後感染予防	創感染 清潔手術	黄色ブドウ、 表皮ブドウ球菌	PC+β ラクタム阻害薬 第1世代セフェム	大まかな目安を示しますが、詳細は各科の術式に合わせてガイドラインを決めて下さい
	創感染 汚染手術	大腸菌、緑膿菌、 嫌気性菌	PC+β ラクタム阻害薬 第2、4世代セフェム	
	術後肺炎 術後尿路感染 腸炎	咽頭定着菌 上記抗菌薬関連腸炎		挿管前にMRSAがあれば除菌 発症後病態、分離菌に合わせて薬剤選択

第一世代、第二世代などセファロスポリンについて、慣用的に第一世代、第二世代セフェムと表記。

III.　当院採用抗微生物薬一覧（感覚器官用剤は除く）

（平成22年11月1日　現在）

＊＝院外採用薬（院外処方でのみ使用可能）　＊＊＝限定採用薬（使用時には使用申請の必要あり）

抗菌薬

分類	一般名	略号	採用薬名	剤形								
				経口							注射	外用
				錠	Cap	顆	細	散	DS	他		
ペニシリン	ベンジルペニシリンカリウム	PCG	ペニシリンGカリウム								○	
	ベンジルペニシリンベンザチン水和物	DBECPCG	バイシリンG			○						
広域ペニシリン	アンピシリン水和物	ABPC	ビクシリン								○	
	アモキシシリン水和物	AMPC	サワシリン		○		○					
	スルタミシリントシル酸塩水和物	SBTPC	ユナシン	○			○*					
広域ペニシリン（抗緑膿菌作用＋）	ピペラシリンナトリウム	PIPC	ピペラシリンNa								○	
β-ラクタマーゼ阻害薬配合薬	アンピシリンナトリウム/スルバクタムナトリウム	ABPC/SBT	スルバシリン								○	
	アモキシシリン水和物/クラブラン酸カリウム	AMPC/CVA	オーグメンチン	○*								
	アモキシシリン水和物/クラブラン酸カリウム	AMPC/CVA	クラバモックス						○			
	タゾバクタムナトリウム/ピペラシリンナトリウム	TAZ/PIPC	ゾシン								○*	
	セフォペラゾンナトリウム/スルバクタムナトリウム	CPZ/SBT	スルペラゾン								○	
第一世代セフェム	セファゾリンナトリウム	CEZ	ラセナゾリン								○	
	セファクロル	CCL	ケフラール				○					
第二世代セフェム	セフォチアム塩酸塩	CTM	パセトクール								○	
	セフメタゾールナトリウム	CMZ	セフメタゾールNa								○	
	フロモキセフナトリウム	FMOX	フルマリン								○	
	セフォチアムヘキセチル塩酸塩	CTM-HE	パンスポリンT	○								
第三世代セフェム	セフォタキシムナトリウム	CTX	セフォタックス								○	
	セフトリアキソンナトリウム	CTRX	セフトリアキソンNa								○	
	セフタジジム水和物	CAZ	モダシン								○	
	セフゾン	CFDN	セフゾン		○*		○					
	セフゾトレンピボキシル	CDTR-PI	メイアクトMS	○*			○					
	セフポドキシムプロキセチル	CPDX-PR	バナン	○*					○*			
	セフカペンピボキシル塩酸塩水和物	CFPN-PI	フロモックス	○			○					
第四世代セフェム	セフピロム硫酸塩	CPR	プロアクト								○	
カルバペネム	パニペネム/ベタミプロン（1：1）	PAPM/BP	カルベニン								○	
	メロペネム水和物	MEPM	メロペン								○	
	ドリペネム水和物	DRPM	フィニバックス								○	
モノバクタム	アズトレオナム	AZT	アザクタム								○*	
ペネム	ファロペネムナトリウム水和物	FRPM	ファロム	○								
アミノグリコシド（抗結核菌作用＋）	ストレプトマイシン硫酸塩	SM	硫酸ストレプトマイシン								○	
	カナマイシン硫酸塩	KM	カナマイシン		○							
		KM	硫酸カナマイシン								○*	
アミノグリコシド（抗緑膿菌作用＋）	ゲンタマイシン硫酸塩	GM	ゲンタシン								○*	軟
	トブラマイシン	TOB	トブラシン								○	
	アミカシン硫酸塩	AMK	硫酸アミカシン								○	
アミノグリコシド（抗緑膿菌作用－）	フラジオマイシン硫酸塩	FRM	ソフラチュール									貼付
アミノグリコシド（抗MRSA薬）	アルベカシン硫酸塩	ABK	ハベカシン								○	
マクロライド（14員環）	エリスロマイシン	EM	エリスロシン	○					○		○	
	クラリスロマイシン	CAM	クラリス	○								
		CAM	クラリシッド	○								

		CAM	クラリスロマイシン						○			
	ﾛｷｼｽﾛﾏｲｼﾝ	RXM	ルリッド	○								
ﾏｸﾛﾗｲﾄﾞ（15員環）	ｱｼﾞｽﾛﾏｲｼﾝ水和物	AZM	ジスロマックSR						○			
			ジスロマック		○*		○*					
ﾏｸﾛﾗｲﾄﾞ（16員環）	ｽﾋﾟﾗﾏｲｼﾝ酢酸ｴｽﾃﾙ	SPM	アセチルスピラマイシン	○*								
ﾘﾝｺﾏｲｼﾝ	ｸﾘﾝﾀﾞﾏｲｼﾝ	CLDM	ダラシンS								○	
		CLDM	ダラシン		○							
ﾃﾄﾗｻｲｸﾘﾝ	ﾐﾉｻｲｸﾘﾝ塩酸塩	MINO	ミノマイシン	○		○						
		MINO	ミノサイクリン								○	
	ﾃﾄﾗｻｲｸﾘﾝ塩酸塩	TC	アクロマイシン									軟**
ｸﾛﾗﾑﾌｪﾆｺｰﾙ	ｸﾛﾗﾑﾌｪﾆｺｰﾙ	CP	クロマイ-P									軟
ﾎｽﾎﾏｲｼﾝ	ﾎｽﾎﾏｲｼﾝｶﾙｼｳﾑ水和物	FOM	ホスミシン	○					○			
	ﾎｽﾎﾏｲｼﾝﾅﾄﾘｳﾑ	FOM	ホスミシンS								○	
ｸﾞﾘｺﾍﾟﾌﾟﾁﾄﾞ	ﾊﾞﾝｺﾏｲｼﾝ塩酸塩	VCM	塩酸バンコマイシン					○			○	
	ﾃｲｺﾌﾟﾗﾆﾝ	TEIC	タゴシッド								○**	
ﾆｭｰｷﾉﾛﾝ	ﾚﾎﾞﾌﾛｷｻｼﾝ水和物	LVFX	クラビット	○								
	ｼﾌﾟﾛﾌﾛｷｻｼﾝ	CPFX	シプロキサン								○	
	ﾊﾟｽﾞﾌﾛｷｻｼﾝﾒｼﾙ酸塩	PZFX	パシル								○	
	ﾓｷｼﾌﾛｷｻｼﾝ塩酸塩	MFLX	アベロックス	○								
	ｶﾞﾚﾉｷｻｼﾝﾒｼﾙ酸塩水和物	GRNX	ジェニナック	○								
	ｼﾀﾌﾛｷｻｼﾝ水和物	STFX	グレースビット	○								
ｵｷｻｿﾞﾘｼﾞﾉﾝ	ﾘﾈｿﾞﾘﾄﾞ	LZD	ザイボックス								○**	
その他	ST合剤	ST	バクタ			○						
		ST	バクトラミン								○	
抗結核菌薬	ｲｿﾆｱｼﾞﾄﾞ	INH	イスコチン	○								
	ﾋﾟﾗｼﾞﾅﾐﾄﾞ	PZA	ピラマイド							原末		
	ｴﾀﾝﾌﾞﾄｰﾙ塩酸塩	EB	エサンブトール	○								
	ﾘﾌｧﾝﾋﾟｼﾝ	RFP	リマクタン		○							
	ｻｲｸﾛｾﾘﾝ	CS	サイクロセリン		○							

抗ウイルス薬

分類	一般名	略号	採用薬名	剤形								
				経口							注射	外用
				錠	Cap	顆	細	散	DS	他		
抗ﾍﾙﾍﾟｽｳｲﾙｽ薬	ｱｼｸﾛﾋﾞﾝ	ACV	ゾビラックス	○								軟
			ｱｼｸﾛﾋﾞﾝ								○	
			アストリック						○*			
	ﾊﾞﾗｼｸﾛﾋﾞﾙ塩酸塩	VACV	バルトレックス	○								
	ビダラビン	Ara-A	アラセナA									軟
抗ｻｲﾄﾒｶﾞﾛｳｲﾙｽ薬	ｶﾞﾝｼｸﾛﾋﾞﾙ	GCV	デノシン								○	
抗ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞｳｲﾙｽ薬	ｵｾﾙﾀﾐﾋﾞﾙﾘﾝ酸塩		タミフル		○				○			
	ザナミビル水和物		リレンザ									吸入
	ペラミビル水和物		ラピアクタ								○	
	ｱﾏﾝﾀﾞｼﾝ塩酸塩		シンメトレル	○								
抗HIV薬	FTC/TDF合剤	FTC/TDF	ツルバダ	○								
	LPV/r合剤	LPV/r	カレトラ	○								
抗肝炎ｳｲﾙｽ薬	ﾘﾊﾞﾋﾞﾘﾝ		レベトール		○							
			コペガス	○								
	ﾗﾐﾌﾞｼﾞﾝ	3TC	ゼフィックス	○								
	ｱﾃﾞﾎﾋﾞﾙﾋﾟﾎﾞｷｼﾙ		ヘプセラ	○								
	ｴﾝﾃｶﾋﾞﾙ水和物		バラクルード	○								

3．抗真菌薬（表在性抗真菌薬は除く）

分類	一般名	略号	採用薬名	剤形								
				経口							注射	外用
				錠	Cap	顆	細	散	DS	他		
ポリエン マクロライド系	アムホテリシンB	AMPH-B	ファンギゾン							Syr	○	
			アムビゾーム								○*	
イミダゾール系	ミコナゾール	MCZ	フロリード							ゲル		
			フロリードF								○*	
トリアゾール系	ホスフルコナゾール	F-FLCZ	プロジフ								○	
	イトラコナゾール	ITCZ	イトリゾール		○							
	ボリコナゾール	VRCZ	ブイフェンド	○							○	
キャンディン系	ミカファンギンナトリウム	MCFG	ファンガード								○	
アリルアミン系	テルビナフィン塩酸塩		ラミシール	○*								Cr、液
その他	イセチオン酸ペンタミジン		ベナンバックス								○	

4．抗寄生虫薬

分類	一般名	略号	採用薬名	剤形								
				経口							注射	外用
				錠	Cap	顆	細	散	DS	他		
抗線虫薬	イベルメクチン		ストロメクトール	○								
	プランテルパモ酸塩		コンバントリン	○								
抗原虫薬	メトロニダゾール		フラジール	○								膣錠

※半年毎に更新、最新データはＩＣＴボードへ掲載

Ⅳ. アンチバイオグラム

★2013年７月から2014年６月★

	数	AZT	PCG ﾍﾟﾆｼﾘﾝG	ABPC ｱﾋﾟｼﾘﾝ	PIPC ﾋﾟﾍﾟﾗｼﾘﾝ	CVA/AMPC	SBT/ABPC ｽﾙﾊﾞｼﾘﾝ	TAZ/PIPC ｿﾞｼﾝ	IPM/CS ﾁｪﾅﾑ	MEPM ﾒﾛﾍﾟﾈﾑ	CCL	CEZ ﾗｾﾅﾝｿﾞﾘﾝ	CFDN	CPDX-PR	CMZ ｾﾌﾒﾀｿﾞｰﾙ	CTX ｾﾌｫﾀｯｸｽ	CTRX ｾﾌﾄﾘｱｷｿﾝ	CAZ ｾﾌﾀｼﾞｼﾞﾑ	CFPM	SBT/CPZ ｽﾙﾍﾞﾗｿﾞﾝ	AMK ｱﾐｶｼﾝ	GM	TOB	EM ｴﾘｽﾛｼﾝ	CAM	CLDM ｸﾘﾝﾀﾞﾏｼﾝ	MINO ﾐﾉｻｲｸﾘﾝ	VCM ﾊﾞﾝｺﾏｲｼﾝ	TEIC ﾀｺﾞｼｯﾄﾞ	OFLX	LVFX ｸﾗﾋﾞｯﾄ	CPFX ｼﾌﾟﾛﾛｷｻｼﾝ	FOM ﾎｽﾐｼﾝ
ﾌﾞﾄﾞｳ球菌	510		25	28			82		83			79									64			50		81	94	100	100	69	67		
黄ﾌﾞ菌	330		29	29			80		86			78									66			52		82	92	100	100	89	77		
MRSA	76		1	1			14		39			5									45			9		33	68	100	100	100	21		
MSSA	254		37	37			100		100			100									72			65		97	100	100	100	88	93		
ﾌﾞ菌	180		19	26			84		77			79									62			45		78	98	100	99	67	49		
腸内細菌	399			24	85				100	100		34	71		63	90		90	99		99	100					67			100	94	92	
大腸菌	521			60	66			100	100	100		76	81		98	85		94	92		100						92				67	67	94
肺炎桿菌	303			13	77				100	100		85	95		99	98		100	100		100						93				99	99	
ｴﾝﾃﾛﾊﾞｸﾀｰ	141			5	76				100	100		9	59		14	82		81	98		99						89				97	94	
ﾌﾟﾛﾃｳｽ	79			72	94				100	100		78	85		97	96		99	99		99						6				91	89	
ｻﾙﾓﾈﾗ	6			83	83				100	100		100	100		100	100		100	100		100						100				100	100	
緑膿菌	298	50			89			25	85	84						19		84	80	0	97	100								100	86	86	
ﾏﾙﾄﾌｨﾘｱ	56																	18				100					100			100	82		
ｱﾝﾈﾄﾊﾞｸﾀｰ	67				75				100	100						77		100	91		100	100					100			100	100	99	
ﾚﾝｻ球菌	876		80	89		95			78							98	100		98	80		1		25		100	27	100	100	67	81		94
肺炎球菌	198		49			95			78							97	99		97			0		11						100	99		
β 溶連菌	98		100	100												100	100		100			0		89						0	79		
腸球菌	541		86	87																		0		16			27	100	100		74		94
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌	200			29			63			100	41		100			100	100					100			87					100	100		
嫌気性菌	28																			100													
ﾊﾞｸﾃﾛｲﾃﾞｽ	19																			100													
ｺﾘﾈﾊﾞｸﾃﾘｳﾑ	197																					82								49			

2014年11月　発行

ＪＡＮＩＳは、提出データのＭＩＣ値より CLSI2007(M100-S17)に準拠して、Ｓ（感受性)、Ｉ（中間)、Ｒ（耐性）判定を再判定している。
また、ＭＤＲＰ、ＰＲＳＰ、ＰＩＳＰ、ＥＳＢＬの分類はなくそれぞれ緑膿菌、肺炎球菌、大腸菌に統合している。
表は、感受性率 80%以上を水色背景に、２０%以下を桃色背景にし、測定データの少ないサルモネラは灰色文字に示した。

V. 抗菌薬使用届出制度

平成 26 年 9 月 26 日　追加

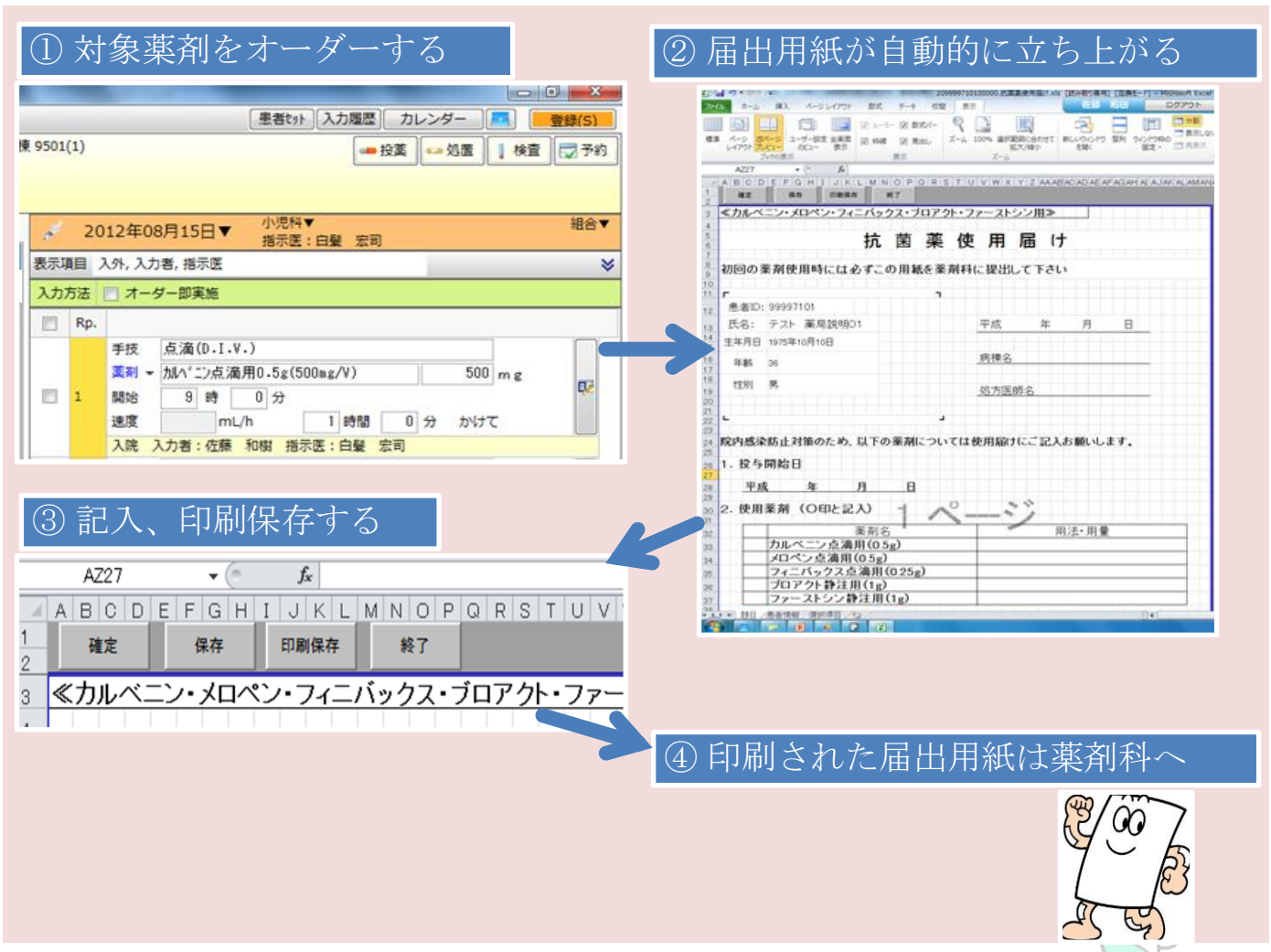
1. 目的

本制度は、薬剤耐性菌発現防止の観点から、特に使用するにあたって注意が必要である広域スペクトルを持つ抗菌薬（カルバペネム系薬、第四世代セフェム系薬）、抗ＭＲＳＡ薬について、使用状況を把握し適正使用を推進するために定められている。

2. 対象薬剤

以下の薬剤について使用制度を設ける（一般名で表示）
①　広域スペクトルを持つ抗菌薬
(1)　パニペネム・ベタミプロン
(2)　メロペネム
(3)　ドリペネム
(4)　セフピロム
(5)　セフェピム
②　抗ＭＲＳＡ薬
(1)　バンコマイシン（内服含む）
(2)　アルベカシン
(3)　テイコプラニン
(4)　リネゾリド

3. 抗菌薬使用届出の流れ



4．制度の運用

① 対象薬剤を使用する際、処方医は対象薬剤①については『抗菌薬使用届け』、対象薬剤②については『抗ＭＲＳＡ薬使用届け』を提出する。

② 使用届けの記載内容は以下の通りである。

『抗菌薬使用届け』
(1) 投与開始日
(2) 使用薬剤、用法・用量
(3) 対象疾患
(4) 細菌検査の有無、結果
『抗ＭＲＳＡ薬使用届け』
(1) 投与期間
(2) 使用目的
(3) 使用薬剤、用法・用量
(4) 対象疾患

③ 処方された薬剤と提出された使用届けから、適正な使用であるかどうか判断し、必要あれば処方医に問い合わせをする。

④ 長期使用（目安として 14 日以上）の場合には、原則としてＩＣＴチームで介入を行う。

⑤ 毎月のＩＣＴ委員会で届出対象薬剤の使用状況と使用届けの提出状況を報告する。

⑥ 使用届けは薬剤科にて保管する。

付則：『抗菌薬使用届け』『抗ＭＲＳＡ薬使用届け』を添付する。

付則(1)『抗菌薬使用届け』

≪カルベニン・メロペン・フィニバックス・ブロアクト・セフェピム用≫

抗 菌 薬 使 用 届 け

初回の薬剤使用時には必ずこの用紙を薬剤科に提出して下さい

患者ID:
氏名:　　平　成　年　月　日
生年月日
年齢　　病棟名
性別　　処方医師名

院内感染防止対策のため、以下の薬剤については使用届けにご記入お願いします。

1. 投与開始日

平成　年　月　日

2. 使用薬剤 （○印と記入）

	薬剤名	用法・用量
	カルベニン点滴用(0.5g)	
	メロペン点滴用(0.5g)	
	フィニバックス点滴用(0.25g,0.5g)	
	セフピロム静注用(1g)	
	セフェピム静注用(1g)	

3. 疾患名 （○印）

	扁桃炎		腎盂腎炎
	慢性気管支炎		膀胱炎
	肺炎		胆嚢炎
	腹膜炎		胆管炎
	中耳炎		急性膵炎
	その他（　　）		

4. 細菌検査 （○印と記入）

起炎菌同定　有り （起炎菌 ：
無し （推定起炎菌 ：
未実施

ご協力ありがとうございました。　院内感染防止対策委員会

付則(2)『抗ＭＲＳＡ薬使用届け』

抗ＭＲＳＡ薬使用届け

初回の薬剤使用時には必ずこの用紙を薬剤科に提出して下さい

患者ID:
氏名:　　平　成　年　月　日
生年月日
年齢　　病棟名
性別　　処方医師名

院内感染防止対策のため、以下の薬剤については使用届けにご記入お願いします。

1. 投与期間

平成　年　月　日 ～　月　日(予定)

2. 使用目的 （○印）

	MRSA感染症治療のため
	その他 （　　）

3. 使用薬剤 （○印と記入）

	薬剤名	用法・用量
	点滴静注用バンコマイシン(0.5g)	
	ハベカシン注射液(100mg)	
	注射用タゴシッド(200mg)	
	ザイボックス注射液(600mg)	
	塩酸バンコマイシン散(0.5g)	

＊タゴシッド、ザイボックスは臨時採用のため、別途申請用紙が必要になります。

4. 対象疾患 （○印）

	血液感染
	尿路感染
	術後創部感染
	皮膚軟部組織感染
	腸炎
	肺炎
	その他 （　　）

ご協力ありがとうございました。　院内感染防止対策委員会

VI. 抗菌薬院内採用の手順

平成 23 年 1 月 7 日　改訂

医師

書面による薬剤申請
（通常の薬剤申請と同様）

薬事委員会事務局
担当：薬剤科科長

申請薬剤の書面による通知

薬事委員会（不定期：年６回程度）
担当：薬事委員会委員長

薬剤採用検討（必要に応じＩＣＴ委員会、院内感染防止対策委員会に意見を求める）

承認

ＩＣＴ委員会(毎月第２火曜日)

院内感染防止対策委員会（毎月第３火曜日）
担当：院内感染防止対策委員長

採用薬剤検討（薬事委員会に意見を求められた場合、採用にあたり異議申し立てがある場合）

承認

採用薬剤通知

＊　薬事委員会とＩＣＴ委員会・院内感染防止対策委員会との順列は同等。

平成27年6月5日改訂

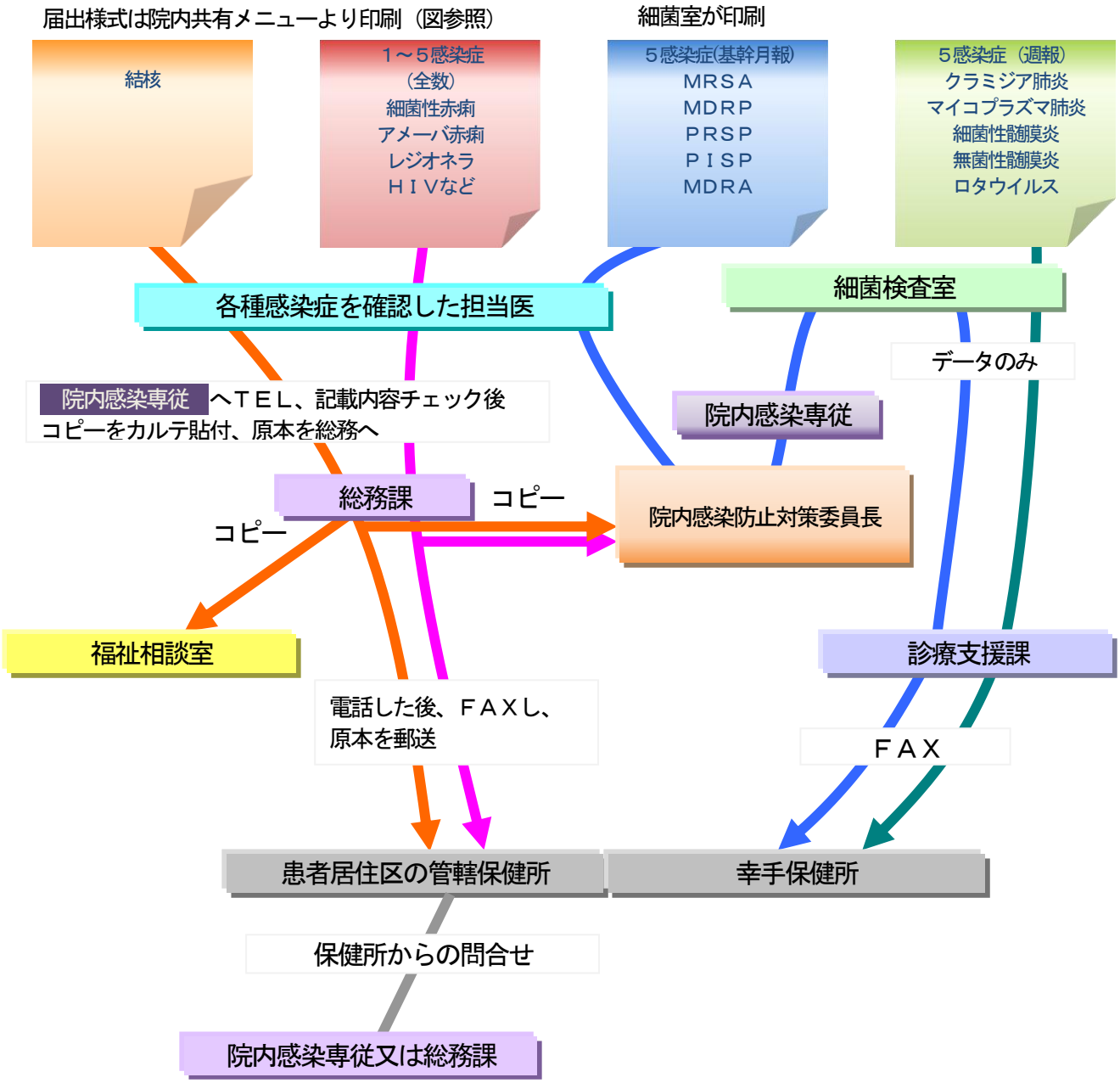
感染症法

		届出の要否			届出方法		法的入院の要否			法的就業制限の要否		
		患者	疑似	無症保有	定点	時期	患者	疑似	無症保有	患者	疑似	無症保有
1類	エボラ出血熱	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	クリミア・コンゴ出血熱	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	痘そう	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	南米出血熱	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	ペスト	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	マールブルグ病	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	ラッサ熱	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
2類	急性灰白髄炎	○	×	○	全数	直ちに	○	×	×	○	×	○
	結核	○	○	○	全数	直ちに	○	○	○	○	○	○
	ジフテリア	○	×	○	全数	直ちに	○	×	×	○	×	○
	SARS	○	○	○	全数	直ちに	○	○	×	○	○	○
	鳥インフルエンザ(H5N1)	○	○	○	全数	直ちに	○	○	×	○	○	○
	MERS	○	○	○	全数	直ちに	○	○	×	○	○	○
	鳥インフルエンザ(H7N9)	○	○	○	全数	直ちに	○	○	×	○	○	○
3類	コレラ	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	○	×	○
	細菌性赤痢	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	○	×	○
	腸管出血性大腸菌	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	○	×	○
	腸チフス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	○	×	○
	パラチフス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	○	×	○
4類	E型肝炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ウエストナイル熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	A型肝炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	エキノコックス症	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	黄熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	オウム病	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	オムスク出血熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	回帰熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	キャサヌル森林病	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	Q熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	狂犬病	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	コクシジオイデス症	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	サル痘	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	SFTS(重症熱性血小板減少症候群)	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	HFRS(腎症候性出血熱)	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	西部ウマ脳炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ダニ媒介脳炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	炭疽	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	チクングニア熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	つつが虫病	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	デング熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	東部ウマ脳炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9 以外)	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ニパウイルス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	日本紅斑熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	日本脳炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ハンタウイルス肺症候群	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	Bウイルス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	鼻疽	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ブルセラ症	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ベネズエラウマ脳炎	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ヘンドラウイルス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	発しんチフス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ボツリヌス症	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	マラリア	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	野兎病	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ライム病	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	リッサウイルス	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	リフトバレー熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	類鼻疽	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	レジオネラ症	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	レプトスピラ症	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	ロッキー山紅斑熱	○	×	○	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×

5類	アメーバ赤痢	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
全数	ウイルス性肝炎(E型、A型除く)	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	カルバペネム耐性腸内細菌	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	急性脳炎(前述される脳炎を除く)	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	クリプトスポリジウム症	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	クロイツフェルト・ヤコブ病	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	劇症型溶血性レンサ球菌	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	AIDS	○	×	○	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	ジアルジア症	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	侵襲性インフルエンザ菌	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	侵襲性髄膜炎菌	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	侵襲性肺炎球菌	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	水痘(入院例)	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	先天性風しん症候群	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	梅毒	○	×	○	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	播種性クリプトコックス	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	破傷風	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	VRSA	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	VRE	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	風しん	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
	麻しん	○	×	×	全数	直ちに	×	×	×	×	×	×
	MDRA	○	×	×	全数	7日以内	×	×	×	×	×	×
5類	RSウイルス	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
定点	咽頭結膜熱	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	感染性胃腸炎	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	水痘	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	手足口病	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	伝染性紅斑	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	突発性発しん	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	百日咳	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	ヘルパンギーナ	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	流行性耳下腺炎	○	×	×	小児科	週報	×	×	×	×	×	×
	インフルエンザ(鳥、新型除く)	○	×	×	インフル	週報	×	×	×	×	×	×
	急性出血性結膜炎	○	×	×	眼科	週報	×	×	×	×	×	×
	流行性角結膜炎	○	×	×	眼科	週報	×	×	×	×	×	×
	性器クラミジア	○	×	×	STD	月報	×	×	×	×	×	×
	性器ヘルペスウイルス	○	×	×	STD	月報	×	×	×	×	×	×
	尖圭コンジローマ	○	×	×	STD	月報	×	×	×	×	×	×
	淋菌	○	×	×	STD	月報	×	×	×	×	×	×
	ロタウイルス	○	×	×	基幹	週報	×	×	×	×	×	×
	クラジミア肺炎	○	×	×	基幹	週報	×	×	×	×	×	×
	細菌性髄膜炎	○	×	×	基幹	週報	×	×	×	×	×	×
	マイコプラズマ肺炎	○	×	×	基幹	週報	×	×	×	×	×	×
	無菌性髄膜炎	○	×	×	基幹	週報	×	×	×	×	×	×
	PRSP・PISP	○	×	×	基幹	月報	×	×	×	×	×	×
	MRSA	○	×	×	基幹	月報	×	×	×	×	×	×
	MDRP	○	×	×	基幹	月報	×	×	×	×	×	×
	38度以上発熱及び呼吸器症状	○	○	×	疑似症	直ちに	×	×	×	×	×	×
	発熱及び発しん又は水疱	○	○	×	疑似症	直ちに	×	×	×	×	×	×

【1、2、3、4、5類感染症　発生届の流れ】

平成 26 年 7 月 7 日　改訂



不明な場合、内容に応じ各部署へ問い合わせをし、保健所へ伝える。
（※保健所との窓口はひとつにする）

患者病状について	各種感染症を確認した担当医
入院中の患者管理について	病棟課長・責任看護師
公費について	福祉相談室
検査について	細菌検査室

１、２、３、４類の発生届は、診断後直ちに提出すること。
結核の感染拡大防止は重要であるので、検査陽性を確認した細菌室も「発生届」が速やかに提出されるよう協力すること。

近隣及び、埼玉県内の保健所一覧

保健所名	TEL FAX	〒 住所	管轄市町村
埼玉県			
幸手	0480-42-1101 0480-43-5158	340-0115 幸手市中 1-16-4	久喜市、蓮田市、幸手市、宮代町、 白岡町、杉戸町
加須	0480-61-1216 0480-62-2936	347-0031 加須市南町 5-15	行田市、加須市、羽生市
春日部	048-737-2133 048-736-4562	344-0038 春日部市大沼 1-76	春日部市、越谷市、松伏町
草加	048-925-1551 048-925-1554	340-0035 草加市西町 425-2	草加市、八潮市、三郷市、吉川市
川口	048-262-6111 048-261-0711	333-0842 川口市前川 1-11-1	川口市、蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市
鴻巣	048-541-0249 048-541-5020	365-0039 鴻巣市東 4-5-10	鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、伊奈町
東松山	0493-22-0280 0493-22-4251	355-0037 東松山市若松町 2-6-45	東松山市、滑川町、嵐山町、小川町 川島町、吉見町、ときがわ町、東秩父村
坂戸	049-283-7815 049-284-2268	350-0212 坂戸市石井 2327-1	坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、越生町、鳩山町
狭山	04-2954-6212 04-2954-7535	350-1324 狭山市稲荷山 2-16-1	所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市
朝霞	048-461-0468 048-460-2698	351-0016 朝霞市青葉台 1-10-5	朝霞市、志木市、和光市、新座市、 富士見市、ふじみ野市、三芳町
熊谷	048-523-2811 048-520-3271	360-0031 熊谷市末広 3-9-1	熊谷市、深谷市、寄居町
本庄	0495-22-6481 0495-22-6484	367-0047 本庄市前原 1-8-12	本庄市、美里町、神川町、上里町
秩父	0494-22-3824 0494-22-2798	368-0025 秩父市桜木町 8-18	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
さいたま市	048-840-2205 048-840-2228	338-0013 さいたま市中央区鈴谷 7-5-12	さいたま市
川越市	049-227-5101 049-224-2261	350-1104 川越市小ヶ谷 817-1	川越市
栃木県			
古河	0280-32-3021 0280-32-4323	306-0005 古河市北町 6-22	古河市、五霞町、境町

院内共有メニューからの、発生届け様式印刷

ＩＣＴレポート一覧

平成２５年１２月５日　改訂

細菌検査室が行う報告（必要あれば電話で報告）

１　パニック値（異常データ）：リアルタイムに対応が必要な異常値を報告
２　アウトブレイク　　：感染拡大防止のために必要な報告
３　ＩＣＴレポート　　：セーフティマネージメントにおいて必要な報告

	内容	病原体等	報告先	備考
速報(日報)	パニック値	血液培養陽性	病棟課長	
		ガフキー陽性	担当医原則	NTM は除き TB/LAMP 追加
		入院簡易迅速キット陽性	病棟	
		外来簡易迅速キット結果	緊急報告書	インフル、ノロ、RSに限る
		CDトキシン陽性	ＣＮＩＣ	
		インフルエンザ陽性	ＣＮＩＣ	シーズン初発のみ
		ノロウイルス陽性	ＣＮＩＣ	アウトブレイク様のとき
		ＭＲＳＡ新規	病棟	
		ＭＤＲＰ新規	病棟	
		ＶＲＥ新規	病棟	
		ＭＤＲＡ新規	病棟	当院初発はＣＮＩＣへ
		ＶＲＳＡ新規	病棟	当院初発はＣＮＩＣへ
週報	感染症発生動向調査	マイコプラズマ	医事課	保健所報告用
		ロタウイルス	医事課	保健所報告用
		無菌性髄膜炎	医事課	保健所報告用
		細菌性髄膜炎	医事課	保健所報告用
	ウイルス抗原陽性状況	インフルエンザ他	ＩＣＴ掲示板	流行がみられたら
月報	感染症発生動向調査	MRSA 感染症	医事課	保健所報告用
		MDRP 感染症	医事課	保健所報告用
		PISP･PRSP 感染症	医事課	保健所報告用
	ＪＡＮＩＳ	検査部門	厚生労働省	データ送信用
	シール確認用	ＭＲＳＡ	ラウンド持参	シスコール確認用
		ＭＤＲＰ	ラウンド持参	シスコール確認用
		セラチア	ラウンド持参	シスコール確認用
		ＶＲＥ	ラウンド持参	シスコール確認用
		緑膿菌	ラウンド持参	シスコール確認用
	患者別ＭＲＳＡ	ＭＲＳＡ	ＩＣＴ委員会	
	監視菌別検出数	ＭＲＳＡ	ＩＣＴ委員会	
		ＭＤＲＰ	ＩＣＴ委員会	
		ＩＰＭ耐性緑膿菌	ＩＣＴ委員会	
		緑膿菌	ＩＣＴ委員会	
		セラチア	ＩＣＴ委員会	
		ＶＲＥ	ＩＣＴ委員会	
	感染症発生動向調査	保健所月報を提示	ＩＣＴ委員会	
	ウイルス抗原陽性	インフルエンザ他	ＩＣＴ委員会	流行がみられたら
	ＪＡＮＩＳ　検査部門	材料別・病棟別	ＩＣＴ委員会	先々月を報告
半年報		アンチバイオグラム	ＩＣＴ掲示板	
	ＪＡＮＩＳ	ＳＳＩ部門	厚生労働省	データ送信用
年報	ＩＣＴレポート	総分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		入院・外来別　分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		病棟別　分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		材料別　分離菌数	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		アンチバイオグラム	ＩＣＴ委員長	医療監査用
		迅速検査陽性数	ＩＣＴ委員長	医療監査用

埼玉県済生会栗橋病院　院内感染防止対策委員会規定

平成　8年4月16日制定
平成16年2月24日改正

委員会の目的
第1条　この委員会は病院内の院内感染防止とその対策を遂行し、院内の衛生管理の万全を期することを目的とする。

委員会の構成
第2条　この委員会は病院長直属の諮問機関とする。
第3条　①委員会は病院長の他、委員長1名、副委員長1名、書記1名、及び委員若干名で構成する。
② 委員は、病院長、及び次の各部署から選出され、病院長が委嘱した適当数の代表者によって構成される。
③ 診療部(医師)、看護部、事務部、臨床検査科、薬剤部、その他
④ 委員長、副委員長、書記は委員の互選により決定する。
第4条　委員長は委員会を運営する。
第5条　委員の任期は特に規定しない。
第6条　委員会が必要と認めた時は、病院内外の識者を顧問とすることができる。また、委員以外の者を適宜委員会に出席させて、意見を聞くことができる。
第7条　院内感染防止対策委員会の下に院内感染対策チーム(以下ICT)を置く。ICTは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学士、放射線技師、栄養士、理学療法士、事務職員などで構成する。ICTには委員長、副委員長、書記を置き、院内感染防止対策委員会と同一人が兼務する。ICT委員長は必要と認める職員をICTメンバーに加えることができる。

ＩＣＴの業務
第8条　ＩＣＴは次の事項を審議し、対策効果の具現を期す。
① 院内感染発生状況の把握：　細菌検査室および病棟より報告される院内感染情報の把握と分析を行う。
② 院内感染防止対策：　月1回以上、各職場の点検を行い院内感染予防の観点から指摘や改善指導を行う。衛生管理に必要な調査研究を行う。
③ 院内感染症治療対策：　院内発生の感染症に対する治療法の提言、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導を行う。
④ 教育・啓蒙：　職員の教育・啓蒙を行い、常に『院内感染防止対策マニュアル』の適正提示に努める。
⑤ 院内感染防止対策委員会への報告：　実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告し、意見を具申する。
⑥ その他、院内の衛生管理に関する問題点を提起する、病院長からの諮問事項を討議する。

委員会の開催
第9条　①委員会は委員長が招集し開催する。
②委員会は原則として定例会を1ヶ月に1回開催する。
③必要に応じて臨時会を開催することができる。

付則：　各部署や病棟において、院内感染の発生が推測されたり、院内感染への進展が危惧される状況が確認された場合は、対応者は『院内感染防止対策マニュアル』に則って実務に当る。なお、各部署の所属長は現状を把握し、院長または院内感染対策委員長の指示のもとに更に必要な対策を講じる。

院内感染防止対策のための指針

平成 23 年 2 月 14 日

埼玉県済生会栗橋病院では院内感染防止策を講じるにあたり、以下の基本指針を基に組織全体として対策に取り組む。

＜基本的指針＞
(1) すべての人に人権尊重と守秘義務の徹底。
(2) スタンダードプレコーション［＝標準予防策］の遵守。
(3) 「病院環境の特殊性」に十分な配慮をし、感染経路別の院内感染防止対策を日常的に行う。
(4) Evidence-based infection control（根拠のある感染症対策）に努める。
(5) 危機管理の観点に立ち、迅速かつ的確に対応する。

1. 院内感染防止対策に関する基本的な考え方

院内感染とは（１）医療施設において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、（２）医療従事者等が医療施設内において感染した感染症のことである。

院内感染は、人から人へ直接、または医療器具等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、老人等の易感染患者は、通常の病原微生物のみならず、感染力の弱い微生物によっても、院内感染を起こす可能性がある。

このため、院内感染防止対策は、医療従事者が個々に対策を行うのではなく、医療施設全体として対策に取り込むことが必要である。

2. 院内感染防止対策のための組織に関する基本的事項

「院内感染防止対策の基本指針」を実践し、かつ、患者および来院者、医療従事者の感染からの保護、医療従事者の感染に対する知識と技術の向上、可能な限り費用対効果を考慮の上、これらの目標を達成する事を目的として、院内感染防止対策委員会、ＩＣＴ委員会、ＳＳＩ委員会を設置する。

(1) 院内感染防止対策委員会

埼玉県済生会栗橋病院の院内感染防止体制は、病院長を統括責任者とする。そのもとに直轄の機関として院内感染防止対策委員会を設け、院内における院内感染防止体制の整備を行う。院内感染防止体制は病院全体での取り組みであり、各部門部署における院内感染防止活動を行う。運営にあたっては、医療安全管理対策室より一名配置しＩＣＴリーダー（ＩＣＤ）ならびにＩＣＤと共に運営を行う。定例会の開催は１回／月とする。ただし必要に応じて臨時に開催する。

(2) 院内感染対策チーム（ＩＣＴ）委員会

医療安全管理委員会での決定を確実に実施し、院内感染防止対策を実効性のあるものにするため院内感染対策チーム（ＩＣＴ）を設置する。ＩＣＴメンバーは、病院長から診療部、看護部、薬剤科、医療技術部、栄養科、事務部、を含む職員が指名され構成される。会議の開催および院内ラウンドは１～２回／月とする。ただし必要に応じて臨時に開催する。

(3) 手術部感染症（ＳＳＩ）委員会

ＳＳＩの委員は、病院長から診療部、看護部、薬剤科、医療技術部、栄養科、事務部、を含む職員が指名され構成される。

埼玉県済生会栗橋病院では上記の３者が連携して院内感染防止対策に努めている。

3. 院内感染防止対策のための職員研修に関する基本方針

全職員を対象に、感染対策に関する研修会を年２回以上開催し、院内感染に必要な基本的な考え方や具体的な方策の周知徹底を図る。新規採用職員にはＩＣＴや看護部による感染対策の初期研修を行うほか、必要に応じて臨時研修会も開催する。また、院内Ｗｅｂを活用し感染防止に関する情報を迅速に提供することで情報共有に努める。院外の感染対策に関わる講習会や学会･研究会等の開催情報を職員に告知し、参加希望者の参加を支援する。研修実施内容や参加状況は記録・保存する。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

細菌検査室は、ＭＲＳＡ、ＰＩＳＰまたはＰＲＳＰ、ＭＤＲＰ、ＶＲＥ、ＥＳＢＬｓ産生菌、およびその他の多剤耐性菌、血液培養陽性例の発生状況の集計を毎週１回行い感染対策室に報告する。入院フロア別および材料別の菌発生状況の集計を毎月１回、検出菌の感受性検査結果の集計を年２回行い、ＩＣＴ及び感染防止対策委員会に報告する。診療部には最新のアンチバイオグラムを提示する。月別集計及び、感受性結果集計は院内Ｗｅｂ上にて閲覧可能とする。法令で定められた報告すべき疾患や、院内で対応困難な事態が発生した場合は保健所等に報告し対応を相談する。さらにこのような感染対策の概要は、毎月の管理運営会議や診療部会議に報告し各部責任者への周知を図る。

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

細菌検査室は院内感染をきたす可能性の高い細菌を検出した場合、直ちにＩＣＴ責任者、主治医、担当看護師に電話連絡をする。起因菌不明の状態であっても感染症が疑われる場合には、滞りなく主治医もしくは入院フロア責任者はＩＣＴ責任者に連絡する。連絡をうけたＩＣＴ責任者は速やかに介入をおこない初期対応や感染の拡大防止に努める。院内感染の規模が大きく深刻なものである場合は、病院長を本部長とする感染対策本部を設置し、保健所と連携して緊急対策を講ずる。

6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

患者との信頼関係を築くため、積極的に情報開示を行う。本指針はホームページに掲載するとともに、患者及びその家族から開示の求めがあった場合はこれに応じる。概要は病院ホームページに公開する。感染症は地域単位で考えるべきであるとの基本姿勢より、本指針の開示については「地域医療連携センター」が対応する。地域の診療所ならびに病院に向けても、当院で観察された感染症の実態につき、有用と思われる内容を積極的に通知し地域で共有する。

7. その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針

院内感染防止対策マニュアルは文書ファイルを各部署に配布するとともに、院内Ｗｅｂ上でも閲覧できるようにする。
マニュアル類はＩＣＴ委員会、ＳＳＩ委員会にて適宜見直しを行い、幹部会議の承認をへて改訂する。
全職員に対しインフルエンザワクチン接種を推奨する。結核に関しては定期的な胸部Ｘ線撮影を実施する。職員の費用負担は原則として免除する。

委員履歴

院内感染防止対策委員会

平成 19 年 6 月 1 日

院長	遠藤　康弘
診療統括部部長	白髪　宏司
医局長	西村　和幸
看護部長	北目　順子
薬剤科担当部長（診療技術部副部長）	片山　晃
臨床検査科科長	並木　薫
事務部部長	木村　純夫
事務副部長代行	黒澤　正剛
総務課副課長	横井　博
医事課課長	宮澤　隆美
用度管財課副課長	森　哲哉

平成 22 年 11 月 1 日

院長	遠藤　康弘
副院長	白髪　宏司
医局長	西村　和幸
看護部長	折笠　清美
薬剤科担当部長	曽我部　直美
臨床検査科科長	並木　薫
事務部部長	木村　純夫
事務副部長代行	黒澤　正剛
総務課副課長	鈴木　重男
医事課課長	宮澤　隆美
用度管財課副課長	森　哲哉

平成 24 年 4 月 1 日

院長	遠藤　康弘
副院長	白髪　宏司
医局長	成冨　琢磨
看護部長	折笠　清美
薬剤科担当部長	曽我部　直美
臨床検査科科長	並木　薫
事務部部長	木村　純夫
事務副部長代行	黒澤　正剛
総務課副課長	鈴木　重男
医事課課長	宮澤　隆美
感染対策専従看護師	小美野　勝

平成 25 年 4 月 1 日

院長	遠藤　康弘
副院長	白髪　宏司
医局長	成冨　琢磨
看護部長	折笠　清美
薬剤科担当部長	曽我部　直美
臨床検査科科長	並木　薫
事務部部長	木村　純夫
事務副部長代行	黒澤　正剛
総務課副課長	鈴木　重男
医事課課長	宮澤　隆美
感染対策専従看護師	小美野　勝

平成 26 年 4 月 1 日

院長	遠藤　康弘
副院長	白髪　宏司
医局長	加藤　宏一
看護部長	折笠　清美
感染対策専従看護師	小美野　勝
薬剤科科長	曽我部　直美
臨床検査科科長	並木　薫
事務部長	嶋﨑　正貴
事務副部長	黒澤　正剛
事務副部長	横井　博
診療支援課副課長	鈴木　重男
診療支援課	青木　裕二

ＩＣＴ委員会

◆平成16年4月1日

白髪　宏司	診療統括部部長・院内感染防止対策委員長
桂　秀樹	診療統括部副部長・院内感染防止対策副委員長
内田　靖子	外科科長
松川　洋子	外来看護課長
菊地　浩哉	薬剤科主任
並木　薫	臨床検査科科長
八代　智恵子	臨床検査科主任
鳥飼　孝治	放射線科副科長
寺嶋　美好	栄養科科長
山本　繁	臨床工学科副主任
富張　勝則	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科副主任
渡邉　幸子	医事課主任
黒澤　正剛	総務課課長

◆平成17年4月1日

白髪　宏司	診療統括部部長・院内感染防止対策委員長
桂　秀樹	診療統括部副部長・院内感染防止対策副委員長
内田　靖子	外科科長
野本　史子	外来看護課長
菊地　浩哉	薬剤科主任
並木　薫	臨床検査科科長
八代　智恵子	臨床検査科主任
鳥飼　孝治	放射線科副科長
寺嶋　美好	栄養科科長
山本　繁	臨床工学科主任
富張　勝則	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科副主任
渡邉　幸子	医事課主任
黒澤　正剛	総務課課長
大久保　雅代	総務課副主任

◆平成18年4月1日

白髪　宏司	診療統括部部長・院内感染防止対策委員長
内田　靖子	外科担当副部長・院内感染防止対策副委員長
西村　和幸	呼吸器内科担当部長代行
野本　史子	外来看護課長
菊地　浩哉	薬剤科主任
並木　薫	臨床検査科科長
八代　智恵子	臨床検査科主任
鳥飼　孝治	放射線科副科長
寺嶋　美好	栄養科科長
山本　繁	臨床工学科主任
大熊　光一	臨床工学科
小美野　勝	手術室主任
富張　勝則	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科副主任
渡邉　幸子	医事課主任
黒澤　正剛	事務部副部長代行・経営企画課課長
大久保　雅代	経営企画課副主任

◆平成19年6月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
内田　靖子	外科担当副部長・院内感染防止対策副委員長
西村　和幸	呼吸器内科担当部長
鮎ヶ瀬　光子	6階病棟看護課長
菊地　浩哉	薬剤科主任
並木　薫	臨床検査科科長
八代　智恵子	臨床検査科主任
藤本　啓治	放射線科係長
岩崎　恵美	栄養科副科長
山本　繁	臨床工学科主任
大熊　光一	臨床工学科
小美野　勝	手術室主任
富張　勝則	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科副主任
高橋　謙介	医事課副主任
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
佐々木　淳子	経営企画課副主任

◆平成21年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
高畑　太郎	外科
西村　和幸	呼吸器内科
菊地　浩哉	薬剤科
並木　薫	臨床検査科
八代　智恵子	臨床検査科
岩崎　恵	栄養科
藤本　啓治	放射線科
小美野　勝	手術室
芳川　明美	４Ｆ
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
設楽　亜紀子	東３Ｆ
佐藤　和樹	薬剤科
富張　勝則	リハビリテーション科
佐々木　淳子	経営企画課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
坂野　直樹	医事課

（本期より役職名略）

◆平成21年11月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
水野　雅之	循環器科
菊地　浩哉	医療安全対策室
並木　薫	臨床検査科
辻　智恵子	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
藤本　啓治	放射線科
小美野　勝	手術室
芳川　明美	４Ｆ
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
設楽　亜紀子	東３Ｆ
佐藤　和樹	薬剤科
富張　勝則	リハビリテーション科
佐々木　淳子	経営企画課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
坂野　直樹	医事課

ＳＳＩ委員会

◆平成19年6月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
内田　靖子	外科担当副部長・院内感染防止対策副委員長
笹原　篤	脳神経外科
横田　成司	泌尿器科
鮎ヶ瀬　光子	6階病棟看護課長
スタイラー　葉子	外来
菊地　浩哉	薬剤科主任
八代　智恵子	臨床検査科主任
根本　幸恵	透析室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
小美野　勝	手術室主任
星野　佳世	手術室
山田　麻由子	３Ｆ
吉川　清美	４Ｆ
角田　弘美	５Ｆ
海老沼　眞琴	６Ｆ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
西田　ひとみ	東４Ｆ
高橋　謙介	医事課副主任
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
佐々木　淳子	経営企画課副主任

◆平成21年5月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
石川　達也	脳神経外科
北嶋　将之	泌尿器科
菊地　浩哉	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
小美野　勝	手術室
芳川　明美	外来看護部
清水　紀子	３Ｆ
大日方　雅紀	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
山田　麻由子	６Ｆ
仙波　ひとみ	手術室
佐藤　和樹	薬剤科
佐々木　淳子	経営企画課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
坂野　直樹	医事課

（本期より役職名略）

◆平成22年11月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器科
小美野　勝	手術室
芳川　清美	外来
鮎ヶ瀬　光子	看護部
設楽　亜紀子	東３Ｆ
並木　薫	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
富張　勝則	リハビリテーション科
辻　智恵子	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
佐藤　和樹	薬剤科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年1月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器科
小美野　勝	手術室
芳川　清美	外来
鮎ヶ瀬　光子	看護部
設楽　亜紀子	東３Ｆ
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
富張　勝則	リハビリテーション科
辻　智恵子	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
佐藤　和樹	薬剤科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
富張　勝則	リハビリテーション科
辻　智恵子	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
佐藤　和樹	薬剤科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成22年11月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
鈴木　咲樹子	脳神経外科
北嶋　将之	泌尿器科
鮎ヶ瀬　光子	看護部
小美野　勝	手術室
芳川　明美	外来看護部
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
清水　紀子	３Ｆ
佐藤　麻由子	６Ｆ
富岡　ひとみ	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年2月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
鈴木　咲樹子	脳神経外科
北嶋　将之	泌尿器科
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
清水　紀子	３Ｆ
小河原　香	６Ｆ
富岡　ひとみ	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
鈴木　咲樹子	脳神経外科
羽田　圭祐	泌尿器科
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
清水　紀子	３Ｆ
小河原　香	６Ｆ
富岡　ひとみ	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年10月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
富張　勝則	リハビリテーション科
佐藤　香里	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
佐藤　和樹	薬剤科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年12月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
富張　勝則	リハビリテーション科
佐藤　香里	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
佐藤　和樹	薬剤科
石下真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
野村　和美	医療秘書課

◆平成24年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器
小美野　勝	感染対策専従
安田　ひとみ	看護部
木村　美喜	看護部
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
山本　繁	臨床工学科
駒井　加奈子	臨床工学科
富張　勝則	リハビリテーション科
佐藤　香里	臨床検査科
伊藤　佳代子	栄養科
佐藤　和樹	薬剤科
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
野村　和美	医療秘書課

◆平成23年10月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
鈴木　咲樹子	脳神経外科
羽田　圭祐	泌尿器科
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
清水　紀子	３Ｆ
小河原　香	６Ｆ
富岡　ひとみ	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
佐野　恵	臨床検査科
佐々木　淳子	医療秘書課
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課

◆平成23年12月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
鈴木　咲樹子	脳神経外科
羽田　圭祐	泌尿器科
小美野　勝	手術室
安田　ひとみ	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	東３Ｆ
清水　紀子	３Ｆ
小河原　香	６Ｆ
富岡　ひとみ	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
佐野　恵	臨床検査科
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
野村　和美	医療秘書課

◆平成24年5月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
望月　悠一	脳神経外科
藤森　大志	泌尿器科
小美野　勝	感染対策専従
安田　ひとみ	看護部
佐藤　康子	ＩＣＵ
倉持　貴宏	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	Ｅ３Ｆ
吉澤　直美	３Ｆ
初澤　理枝	６Ｆ
猿橋　麗子	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
佐野　恵	臨床検査科
石下　真理子	医事課
篠原　浩美	医事課
野村　和美	医療秘書課

◆平成25年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
松山　優子	循環器
小美野　勝	感染対策専従
安田　ひとみ	看護部
大日方　雅紀	看護部
鈴木　雅恵	看護部
氏原　直美	看護部
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
辻　智恵子	臨床検査科
山本　繁	臨床工学科
石川　雄一	臨床工学科
佐藤　和樹	薬剤科
富樫　直子	薬剤科
鈴木　千裕	栄養科
熊谷　梨香	リハビリテーション科
篠原　浩美	診療支援課
青木　裕二	診療支援課
野村　和美	医療秘書課

◆平成26年4月1日

		Team
白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長	C
網木　学	外科	B
西村　和幸	呼吸器内科	A
永井　智仁	呼吸器内科	C
小美野　勝	感染対策専従	ー
鈴江　順子	看護部	A
大日方　雅紀	看護部	C◎
萩原　良江	看護部	B
高橋　雅之	臨床検査科	B◎
菊地　浩哉	医療安全対策室	ー
藤本　啓治	放射線科	A
辻　智恵子	臨床検査科	C
山本　繁	臨床工学科	A◎
石川　雄一	臨床工学科	B
佐藤　和樹	薬剤科	B
富樫　直子	薬剤科	C
鈴木　千裕	栄養科	A
小野田　麻美	リハビリテーション科	C
横木　英理	リハビリテーション科	C
小林　宏至	リハビリテーション科	C
篠原　浩美	診療情報課	B
青木　裕二	診療支援課	A
野村　和美	医療秘書課	C

◆平成25年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
加藤　宏一	脳外科
北嶋　将之	泌尿器科
小美野　勝	感染対策専従
安田　ひとみ	看護部
大日方　雅紀	看護部
鈴木　雅恵	看護部・６Ｆ
氏原　直美	看護部・外来
岡田　和久	ＩＣＵ
佐藤　康子	ＩＣＵ
設楽　亜紀子	Ｅ３Ｆ
吉澤　直美	３Ｆ
鈴木　恵	手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
篠原　浩美	診療支援課
青木　裕二	診療支援課
野村　和美	医療秘書課

◆平成26年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
網木　学	外科
加藤　宏一	脳外科
小林　裕	泌尿器科
小美野　勝	感染対策専従
鈴江　順子	看護部感染委員
大日方　雅紀	看護部感染委員
萩原　良江	看護部感染委員
羽鳥　彩香	看護部ＩＣＵ
町田　樹理	看護部ＩＣＵ
設楽　亜紀子	看護部Ｅ３Ｆ
新井　博美	看護部３Ｆ
中島　万里子	看護部６Ｆ
小林　衣里	看護部手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
篠原　浩美	診療情報課
青木　裕二	診療支援課
野村　和美	医療秘書課

◆平成27年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
西村　和幸	呼吸器内科
永井　智仁	呼吸器内科
伊藤　嘉智	外科
小美野　勝	感染対策専従
大日方　雅紀	看護部
関　由美恵	看護部
萩原　良江	看護部
高橋　雅之	臨床検査科
菊地　浩哉	医療安全対策室
藤本　啓治	放射線科
辻　智恵子	臨床検査科
石川　雄一	臨床工学科
橋本　光晴	臨床工学科
佐藤　和樹	薬剤科
富樫　直子	薬剤科
瀧田　沙織	栄養科
生沼　英理	リハビリテーション科
篠原　浩美	診療情報課
青木　裕二	診療支援課
野村　和美	医療秘書課

Team
C
B
A
ー
B
A
C
A
ー
A
C
B◎
B
A
C◎
B
C
B
A◎
C

◆平成27年4月1日

白髪　宏司	副院長・院内感染防止対策委員長
伊藤　嘉智	外科
加藤　宏一	脳外科
小林　裕	泌尿器科
小美野　勝	感染対策専従
関　由美恵	看護部感染委員
大日方　雅紀	看護部感染委員
萩原　良江	看護部感染委員
町田　樹理	護部ＩＣＵ
大山　妙子	看護部Ｅ４Ｆ
河村　まり子	看護部３Ｆ
岡田　さゆり	看護部６Ｆ
荒川　久美子	看護部手術室
菊地　浩哉	医療安全対策室
佐藤　和樹	薬剤科
富樫　直子	薬剤科
辻　智恵子	臨床検査科
篠原　浩美	診療情報課
青木　裕二	診療支援課
野村　和美	医療秘書課

XI. マニュアル更新履歴ほか.

勉強会年次計画

平成23年1月11日　追加

1. 4月　　新入職員対象オリエンテーションにおいて開催
2. 5～7月　　中期　院内職員を対象とした開催
3. その他　　院内外に向けた開催

① 2.3.の開催は、委員会において発案し、企画を進める。
② 1ケ月前に、案内を出す。
③ 参加者は、職種別に集計する。
④ アンケートを実施し、集計する。
⑤ 集計データは、実施年度内に行われる医療監査の時、資料として提示する。

研修会の参加

平成23年1月11日　追加

対象研修会	厚生労働省主催	院内感染対策講習会	年1回
	日本病院会主催	感染制御（ＩＣＳ養成）講習会	年1クール（3回）

ＩＣＳ講習会修了者
平成27年３月更新

白髪　宏司	：	副院長・院内感染防止対策委員長
小美野　勝	：	手術室主任
安田　ひとみ	：	ＩＣＵ
佐藤　和樹	：	薬剤科
山本　繁	：	臨床工学科
辻　智恵子	：	臨床検査科
富樫　直子	：	薬剤科
青木　裕二	：	診療支援課

※研修会の募集案内があった場合、委員会へ報告し、参加者を募る。

文献、資料検索

参考書（図書室）
　インフィエクション・コントロール（図書室）

感染症、感染管理　情報掲載
　済生会栗橋病院ホームページ　→　図書室ホームページ　→　感染情報リンク集　掲載

改訂及び履歴

原本保管・管理
　ＩＣＴ委員会　事務局

各版設置場所
　印刷版は、各科、病棟に保管（配布リスト参照）。
　ＰＤＦ版は、院内共有メニューに掲示。
　原本のＷｏｒｄ版は、マニュアル原本保管管理（ＩＣＴ委員会事務局）が管理。

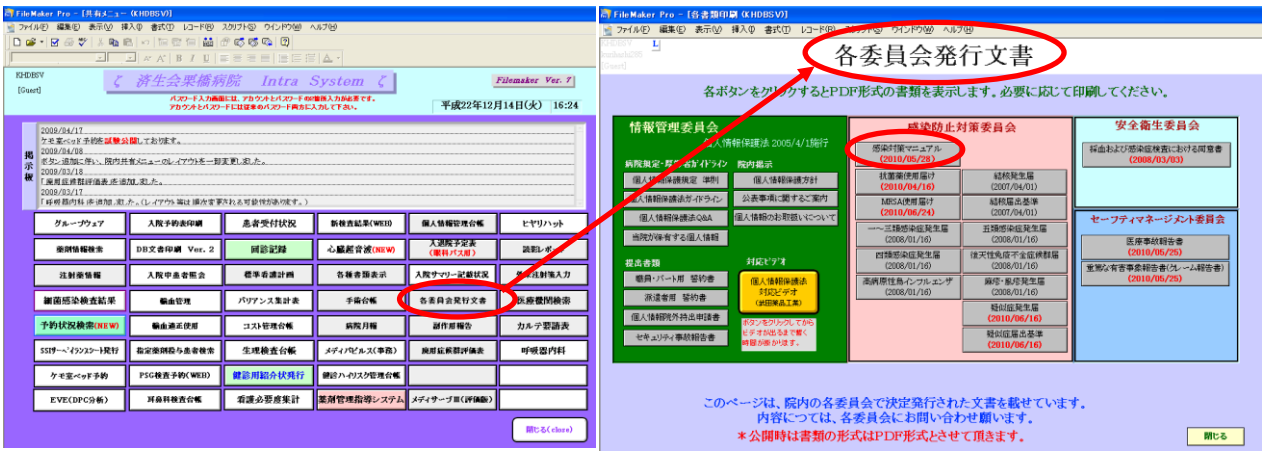
配布リスト

○印に配布

病棟	外来	診療技術部	事務部
○ ＩＣＵ	○ 内科	○ 薬剤科	○ 医事課
○ 本館３階	耳鼻科	○ 臨床検査科	○ 福祉相談室
○ 本館４階	泌尿器科	○ 放射線科	○ 地域連携センター
○ 本館５階	皮膚科	○ 臨床工学科	○ くりっ子
○ 本館６階	○ 脳外科	○ 栄養科	○ 総務課
○ 東館３階	外科	○ リハビリテーション科	※医療監査の際の
○ 東館４階	眼科	○ 眼科	保健所提出用
○ 看護補助	○ 小児科		
	整形外科		
	○ 内視鏡室		
	○ 外来通院センター		
	○ 中央処置室		
	○ 救急外来		
	○ 手術室		
	○ 透析室		
	※外来配布場所は看護部に再度確認し決定		

院内共有メニュー掲示場所

各委員会発行文書→感染防止対策委員会→感染対策マニュアル



平成25年3月29日　改定

病院ホームページ掲載

改訂時　手順

① 必要であれば、原本管理者より、Ｗｏｒｄ版のコピーをとる
② ＩＣＴ委員会で報告し、承認を得る（変更になった内容の情報共有が必要でもあるため必須事項）
③ 差替え版を原本管理者へ提出する
④ 院内配信：原本管理者は、イントラネットグループウエアで提出書類と差替え或いは追加場所をインフォメーションする
⑤ 合同会議等で、差し替えについて伝える
⑥ 各部署にて印刷版マニュアルの差し替えを行う（印刷を依頼された場合は協力）
⑦ 全面改訂の際は、目次の更新を最後に行うこと

⑧ 印刷は、次回差替え時の運用を考え片面印刷を推奨
⑨ PDF保存
⑩ 医療情報課(内線2161)に連絡して院内共有メニュー更新
⑪ 総務課　広報室(内線2283)に連絡して病院ホームページを更新

改訂履歴

平成22年9月22日　追加

年月	西暦	内容	参照議事録等	備考	実施者
H14.12	2002	血管留置カテーテルの感染予防	OJT②から移行	追加	
H15.1	2003	手術部位感染(Surgical Site Infection)	OJT②から移行	追加	
H15.2		小児外来マニュアル	OJT②から移行	追加	
H15.3		人工呼吸器装着患者の感染防止	OJT②から移行	追加	
H15.8.20		アルコール綿の取り扱いについて	OJT②から移行	追加	
H16.2	2004	ネブライザーの取り扱い	OJT②から移行	追加	
H16.2.24		院内感染防止対策マニュアル(水色)発行【第1版】	H16.2	全面改訂	
H16.4.22		針刺し事故(HBV、HVC、HIV、梅毒)対処法	H16.2	追加	
H16.10		SSIサーベイランス委員会発足、マニュアル発行		追加	
H17.4	2005	SSIサーベイランス委員会発足	H17.5	追加	
H18.9	2006	酸素流量計の取り扱い	OJT②から移行	追加	
H19.1	2007	O-157 患者の感染予防	OJT②から移行	追加	
H19.3		外来器材消毒	OJT②から移行	追加	
H19.3.13		インフルエンザの対応マニュアル	H19.4	追加	
H19.4		院内感染防止対策マニュアル(桃色)発行【第2版】	H19.4	全面改訂	
H19.4		院内共有メニューにマニュアルPDF設置	H19.4	追加	
H19.4		結核患者発生時の対応	H19.4	差替	
H19.4		栄養科院内感染防止対策マニュアル	H19.4	追加	
H20.2	2008	医療感染事故針刺し事故患者対応	H20.6	差替	
H20.6.10		HIV感染事故対処法	H20.6	差替	
H20.7.9		済生会栗橋病院手術室基本消毒法	OJT②から移行	差替	
H20.11.17		NISDM－SSI導入、マニュアル改訂		追加	
H20.12.16		ノロウイルス発生時の対応	H20.12	追加	
H21.5	2009	新型インフルエンザ(H1N1)対応マニュアル(別冊) (改訂内容はマニュアル内に掲載)		新規	
H21.12		新型インフルエンザ(H1N1)対応マニュアルを 2009 冬バージョンに更新(別冊)		新規	
H22.6.2	2010	感染症法一覧	H22.5	差替	
H22.7.31		1類～5類感染症発生時の流れ	H22.9	差替	
H22.7.31		陰圧室マニュアル	H22.9	追加	
H22.7.31		改訂履歴・マニュアル変更時手順	H22.9	追加	
H22.9.31		感染・OJT・SSIマニュアル統合	H22.9	追加	
H22.9.31		廃棄物分別一覧	H22.9	差替	
H22.9.31		ICTレポート	H22.9	追加	
H22.10.31		疥癬治療薬・発生届	H22.10	追加	
H22.11.31		当院採用抗菌薬・採用変更手順	H22.11	差替	
H22.12.10		リハビリテーション科感染マニュアル	H22.12	差替	
H22.12.20		透析室感染マニュアル	H22.12	差替	

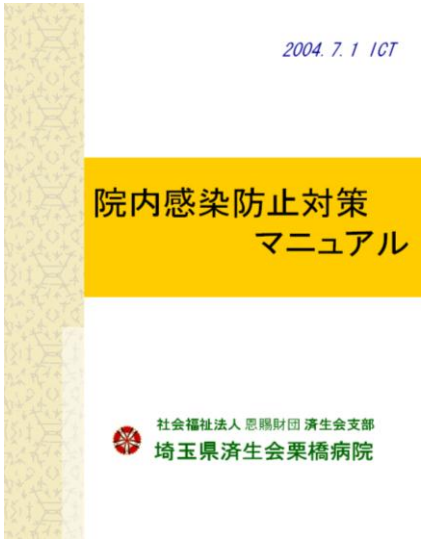
H22.12.20		ME機器感染マニュアル	H22.12	差替	
H22.12.20		臨床検査科感染マニュアル	H22.12	差替	
H22.12.20		防護具の使用	H22.12	追加	
H23.1.11	2011	結核の感染予防	H23.1.11	追加	
H23.1.11		疥癬発生届	H23.1.11	追加	
H23.1.11		ネブライザーの取り扱い	H23.1.11	差替	
H23.1.11		勉強会の年次開催、研修会の参加について	H23.1.11	追加	
H23.1		院内感染防止対策マニュアル発行【第3版】	H23.1	全面改訂	
H23.1		職員のインフルエンザ発生届	H23.1	追加	
H23.2.14		院内感染防止対策のための指針	H23.3.8	追加	
H23.9		消毒薬の開封後の期限について	H23.9.13	改訂差替	
H24.1.18	2012	MRSA 隔離基準の変更	H24.1.10	差替	
H24.6.12		感染症診察室マニュアル	H24.6.12	追加	
H24.6.12		針刺し事故対処法	H24.6.12	差替	
H24.8.9		感染症診察室	H24.8.14	追加	
H24.8.9		針刺し事故	H24.8.14	差替	
H24.8.9		職員の感染症予防	H24.8.14	追加	
H24.11.7		消毒薬の作り方、ルビスタ追加	H24.11.7	追加	
H24.11.7		感染性廃棄 BOX 形状変更修正	H24.11.7	差替	
H24.11.27		アンチバイオグラム 2011 年 7 月～2012 年 6 月に更新		差替	辻
H25.3.25	2013	酸素流量計の取り扱い薬剤を蒸留水に修正		訂正	
H25.4.9		SSIサーベイランスの手順を電子カルテ用に改定	H25.4.9	差替	辻
H25.4.9		感染症法一覧表の更新	H25.4.9	差替	辻
H25.8.1		SSIサーベイランス発生時入力者の変更	H26.4.8 報告	改訂	辻
H25.8.12		針刺し事故「同意書」を文書管理から印刷による変更	H25.8.12	修正	辻
H25.8.12		廃棄物分別、明らかな非感染物を産廃廃棄へ変更	H25.8.12	追加	
H25.12.5		ICTレポートへ、CDトキシンとVRSA追加		改訂	辻
H25.12		血管留置カテーテルの感染予防の改訂		追加	
H26.1.14	2014	陰圧作動機能設置個室の換気について修正	H26.1.14	修正	
H26.2.10		アンチバイオグラム 2013 年に更新		差替	辻
H26.7.7		発生届けの流れ、記載後にCNICのチェック		修正	辻
H26.7.16		院内感染対策委員会委員部署・役職修正		修正	青木
H26.9.26		消毒薬開封後期限一覧の更新	H26.9.9	改訂	佐藤
H26.9.26		抗菌薬使用届出制度		追加	佐藤
H26.9.26		感染症法一覧表の更新		修正	辻
H26.11.5		疥癬治療薬剤一覧の改訂		改訂	佐藤
H26.11.17		アンチバイオグラム 2013 年 7 月～2014 年 6 月に更新		差替	辻
H27.6.3	2015	針刺し事故後のフォロー、外来受診時の注意		追加	小美野
H27.6.5		感染症法一覧表の更新(MERS、H7N9 新型から 2 類へ)		改定	辻
H27.6.8		CDトキシンフローチャートの追加		追加	小美野

2014	デング熱の来院時対応について	H26.9.9	追加
2014	HIV薬見直し 針刺しフローチャート	H26.9.9	
2014	新型インフルエンザBCP		
2014	エボラ出血熱		

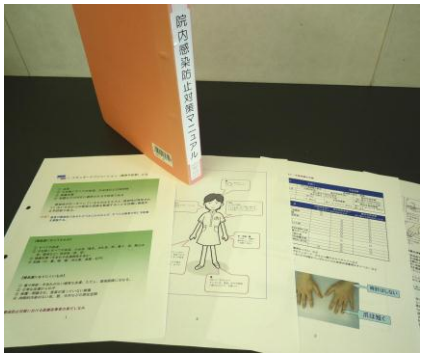
今後課題

感染症別 検体提出方法 看護部 感染予防に追加
感染性廃棄BOX 段ボールかポリか看護部 感染予防に追加
入院患者のガフキー陽性発覚時、患者は個室、もとの病室は、換気とアルコール消毒による環境消毒実施、カーテン交換、その間、同室患者は、移動させるか否か。

全面改定履歴



【第１版】
2004年、病院機能評価Ver.4.0取得に向けて感染マニュアル作成委員が集められた。済生会新潟第二病院の感染マニュアルを参考にして本マニュアルが作成された。なお、当時の結成委員が、ＩＣＴ委員へ移行されていく。



【第２版】
感染症法の届出様式を全て織り込んだことで厚い冊子となった。紙製のファイルからプラスチック製のファイルへ変更。院内共有メニューにＰＤＦ版も置く。

【第３版】
病院機能評価Ver.6.0取得時一新する。看護部ＯＪＴ②感染・消毒を統合させたことで更に厚い冊子になるが、ＯＪＴ②と感染マニュアルで重複して掲載されていた内容をまとめることができ統一化を図ることが出来た。届出様式は院内共有メニューにのみ残しファイルからはずす。